



**Escola Nacional de Saúde Pública**  
Universidade Nova de Lisboa



III Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**UTILIZAÇÃO DAS URGÊNCIAS HOSPITALARES E ACESSO AOS CUIDADOS  
DE SAÚDE PRIMÁRIOS  
O IMPACTO DA IMPLEMENTAÇÃO DAS USF NA PROCURA DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA  
(ESTUDO PRELIMINAR)**

Alexandra Cerqueira Raposo Cortez

Orientador: Professor Doutor Julian Perelman

Co- orientador: Professor Doutor Paulo Kuteev-Moreira

JULHO 2009



“Quando, finalmente, entendemos a importância dos cuidados de saúde primários, procuramos construí-los à maneira das antigas catedrais góticas dos velhos burgos medievais: desenhadas por poucos, construídas por alguns, frequentadas obrigatoriamente por todos os demais. Através de todo este esforço, aprendemos. Os cuidados de saúde primários acontecem todos os dias: quando as pessoas comuns aprendem ou fazem alguma coisa de útil à sua saúde e à dos que lhes estão próximos; sempre que comunicam com alguém habilitado a ouvi-los e apoiá-los sobre as suas dúvidas, medos, fantasias, angústias, preferências ou necessidades de saúde. Para assegurar o reforço dos cuidados de saúde primários necessitamos de conhecimentos renovados, «teorias de acção» mais elaboradas, alguma sabedoria e muita imaginação.”

Constantino Sakellarides – De Alma Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal.  
Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2 (2001) 101-108.



## AGRADECIMENTOS

Esta tese representa o resultado de dois anos de trabalho, que incluíram a parte curricular do mestrado e a elaboração da tese final, e para o qual foram vários os contributos. Assim, gostaria de agradecer:

Ao Professor Doutor Julian Perelman por toda a sua paciência, disponibilidade e incentivo.

Ao Professor Doutor Paulo Kuteev – Moreira que mesmo distante apoiou e incentivou todo o processo.

À Dr.<sup>a</sup> Patrícia Barbosa pelo apoio, disponibilidade e contribuições valiosas.

À Dr.<sup>a</sup> Fátima Cadoso da ACSS, pela disponibilização de dados fundamentais para a elaboração do presente trabalho, e pela disponibilidade demonstrada.

À Dr.<sup>a</sup> Sandra Ribeiro pela disponibilização de dados complementares.

À Dr.<sup>a</sup> Isabel Andrade pela disponibilidade e preciosa ajuda na elaboração da Bibliografia.

Ao Sr. Pedro Cabeças do Centro de Documentação da ENSP pela ajuda na pesquisa bibliográfica.

Ao Dr. Adalberto Campos Fernandes, Dr. Manuel Delgado, Dr. Miguel Carpinteiro, Dr.<sup>a</sup> Vanda Cartaxo, pela disponibilização de dados úteis para o presente trabalho e que serão importantes em futuros desenvolvimentos

Ao Dr. Luís Campos pelas recomendações úteis.

À Dr.<sup>a</sup> Laura Marques da ARS de LVT pela disponibilidade.

A todos os Professores da ENSP, em particular à Professora Doutora Carla Nunes, pelo esclarecimento de dúvidas estatísticas.

À D. Manuela Santos pelo carinho e disponibilidade com que sempre resolveu todas as questões que envolveram o processo e a todos os funcionários da ENSP que sempre se disponibilizaram na resolução dos problemas (Paula Vitorino, Susana Amaral, Zita Lopes, Luísa Vaz).

A todas as minhas colegas do serviço de Imagiologia da MAC por terem possibilitado a frequência das aulas e a elaboração da presente tese de mestrado e à Administração da MAC por possibilitarem a frequência do Mestrado.

A todos os meus colegas do III Curso de Mestrado, pelo companheirismo e apoio.

Ao Dr. José Cortez pelo incentivo.

Por fim gostaria de agradecer a toda a minha família, especialmente à minha mãe e ao Rui por durante este tempo ter sido relegado para segundo plano.



## RESUMO

A sobrelotação das urgências resultante da utilização inadequada tem como consequências a diminuição na qualidade dos cuidados.

As causas da utilização inadequada são várias. Entre elas, a utilização dos Cuidados de saúde Primários merece uma atenção particular.

De facto, as barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários estão associadas com uma maior inadequação. Assim, ter um prestador regular, acessível, que presta cuidados contínuos e regulares está associado com uma menor utilização inadequada dos csp. Contudo, é necessário ter em conta as características dos utilizadores de forma a desenvolver estratégias que permitam a prestação de cuidados acessíveis.

Em Portugal, foi implementada em 2006 uma Reforma dos CSP cuja face mais visíveis são as USF, que deverão prestar cuidados personalizados, garantido a acessibilidade, globalidade e continuidade dos mesmos.

Assim, da revisão da literatura e existindo uma associação entre a utilização inadequada das urgências observou-se a variação das urgências hospitalares entre 2005 (ano anterior à implementação das USF) e 2008 (últimos dados disponibilizados) e o nº de USF implementadas.

Ao contrário do expectável, verificou-se haver uma associação positiva entre o nº de USF e o nº de urgências hospitalares. Os hospitais com maior nº de USF tiveram um aumento da utilização das urgências hospitalares, enquanto nos hospitais sem nenhuma USF associada, houve uma diminuição das urgências hospitalares.

Contudo, existiram factores que não considerados, como criação da Linha Saúde 24, encerramento dos SAP, dimensão dos hospitais, etc., que poderão ter influenciado os resultados. Os resultados em saúde resultantes da implementação das USF não foram considerados. Assim sugere-se futura investigação.

Palavras-chave: Unidades de Saúde Familiar (USF), Cuidados de Saúde Primários (CSP), Urgências, Utilização Inadequada, Acesso, Reforma.

## **ABSTRACT**

Crowded emergency department resulting from inappropriate use may compromise the quality of care .

Several causes explain the inadequate use of emergency care. Among them, the association between primary care and inappropriate use of emergency departments is of particular interest.

Indeed, studies show that fact, barriers in access to Primary Health Care ( PHC) are associated with more inappropriate use. Therefore having a regular, accessible, continuous, source of care is associated with a decrease in inappropriate use of Emergency department. Though, patient's preferences have to be considered in order to develop strategies that allow accessible care.

In Portugal, a reform of primary care has been launched in 2006, through the implementation of Family Health Units ( FHU) that are responsible for giving personalized, accessible, global and continuous care.

A vast literature shows an association between inappropriate use of emergency departments and primary health care access. In the present work we observed the variation in emergency department use between 2005 (previous year to Family Health Units implementation) and 2008 (last available data) and the number of Family Health Units implemented.

Contrary to our expectations, results showed a positive association between the number of Health Family Units and emergency department use. The Hospitals with more Health Family Units experienced an increase of emergency department use while hospitals with none Health Family units experienced a decrease of emergency department use.

Although there were several factors that could have influenced the results (creation of Health 24 Line, SAP closure, Hospital Dimension, etc) .Health outcomes that result from HFU implementation were not considered. Further research should is suggested.

**Key - Words:** Health Family Units (FHU); Primary Health Care (PHC), Emergency, Inappropriate Use, Access, Reform.



## ÍNDICE

CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO .....	1
1.1 - Apresentação do Tema.....	1
1.2 - Objectivos do Trabalho .....	3
1.3 - Estrutura do Trabalho .....	3
CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO .....	5
2.1 - Cuidados de Saúde Primários .....	5
2.1.1 – Definição .....	5
2.1.2 - Sistemas Orientados para os Cuidados de Saúde Primários.....	6
2.2 – Cuidados de Saúde Primários em Portugal .....	9
2.2.2 - Centros de saúde.....	10
2.2.3 - Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários.....	11
2.2.3.1 – Enfermeiros nos CSP .....	12
2.2.3.2 - Medicina Geral e familiar – Evolução e experiências remuneratórias .....	12
2.2.4 - Grupos Projecto Alfa -1996/1997 e Regime Remuneratório Experimental (RRE) – 1998/1999.....	15
2.3 - Actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.....	16
2.4.1 - Regimes Remuneratórios e Poupanças.....	19
2.4.2- Características das USF .....	20
2.4.3 - Avaliação dos Centros de Saúde e das USF .....	21
2.4 - URGÊNCIAS HOSPITALARES .....	22
2.4.1 – Definição .....	22
2.4. 2 – Actual Reforma.....	23
2.4. 3 – Serviços de Atendimento Permanente (SAP).....	25
CAPITULO III - ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	27
3.1 - Utilização das Urgências Hospitalares.....	27
3.1.1 - Utilização inadequada.....	29
3.1.2 - O modelo de Andersen .....	30
3.1.3 - Utilização das Urgências e Acesso aos CSP .....	33
3.1.4 - Continuidade dos Cuidados .....	36
3.1.5 - Educação e Preferências .....	37
3.1.6 – Utilizadores Frequentes.....	38
CAPITULO IV - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO .....	41
4.1 - Pergunta de Partida.....	41
4.2 – Formulação de hipóteses de investigação.....	41
4.3 – As fases de investigação .....	41
4.3.1 – Recolha e Selecção.....	41
4.3.1.1 – Fontes de dados .....	41

4.3.2 – Critérios de selecção .....	42
4.3.2.1 – USF.....	42
4.3.2.2 - Hospitais.....	43
4.4- Desenho do Estudo .....	44
4.5 – Limitações do estudo .....	44
CAPITULO V – APRESENTAÇÃO RESULTADOS.....	45
5.1 - Utilização das Urgências .....	45
5.2 - Número de USF Implementadas .....	47
5.3 - Nº de USF por Hospital.....	48
5.4 - Variação da Utilização das Urgências e Nº de USF .....	49
5.5 - Utilização das Urgências Hospitalares e nº de USF .....	50
CAPITULO VI – DISCUSSAO DE RESULTADOS .....	52
CAPITULO VII – SINTESE FINAL.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	55
ANEXOS	

## ÍNDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1 – Modelo de Andersen - 4ª Fase.....	32
Gráfico 1 – Utilização das Urgências Hospitalares – Total Nacional (2005 – 2008 ...	45
Gráfico 2 – Dados de Utilização das Urgências Hospitalares por Região por ano (2005-2008).....	45
Gráfico 3 – Total de USF 2006 - 2008 .....	47
Gráfico 4 - Número de USF por Região e Total Nacional (2005- 2008).....	47
Tabela 1 – USF e Ganhos Assistenciais .....	21
Tabela 2 – Variação da Utilização das Urgências (2005 – 2008).....	46
Tabela 3 – Nº de USF por Região por ano (2006-2008).....	48
Tabela 4 - Nº de USF/ Hospital (2006).....	48
Tabela 5 - Nº de observações USF/ Hospitais (2007).....	49
Tabela 6 – Nº de observações USF/ Hospitais ( 2008).....	49
Tabela 7 - Nº de USF e variação média da utilização das Urgências (2005- 2008) ..	50
Tabela 8 - Correlação entre o nº de USF em 2006 e a variação percentual de utilização das urgências entre 2005 e 2006 .....	50
Tabela 9 - Correlação entre o nº de USF em 2007 e a variação percentual de utilização das urgências entre 2006 e 2007 .....	51
Tabela 10 - Correlação entre o nº de USF em 2008 e a variação percentual de utilização das urgências entre 2005 e 2008 .....	51

## LISTA DE ABREVIATURAS

ACEP - American College of Emergency Physicians  
ARS - Administração Regional de Saúde  
CATUS - Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes  
CEISUC - Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
CTAS - Canadian Triage and Acuity Scale  
DGS – Direcção Geral de Saúde  
EUA – Estados Unidos da América  
FHU – Unidades de Saúde Familiar  
HUAP - Hospital Urgencies Appropriateness Protocol  
IASP - Instrumentos de Avaliação da Satisfação Profissional  
MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica  
MCSP – Missão dos Cuidados de Saúde Primários  
MGF – Medicina geral e Familiar  
OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PHC – Primary Health Care  
RRE – Regime Remuneratório Experimental  
SADU - Serviço de Atendimento de Doentes de Urgência  
SAP – Serviço de Atendimento Permanente  
SASU - Serviços de Atendimento a Situações Urgentes  
SMP – Serviço Médico à Periferia  
SNS – Serviço Nacional de Saúde  
SUB - Serviço de Urgência Básica  
SUMC - Serviço de Urgência médico-cirúrgica  
SUP - Serviço de Urgência Polivalente  
UBU – Unidades Básicas de Urgência  
UNICEF - United Nations Children's Fund  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
WHO – World Health Organization

# **CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO**

## **1.1 - Apresentação do Tema**

A sobrelotação das urgências hospitalares e em particular a utilização inadequada é um assunto que tem originado diversos estudos por todo o mundo. Porém, os valores de inadequação encontrados podem variar entre 10 % a 90% de acordo com os critérios de classificação utilizados, tais como o sistema de triagem do hospital ou nos casos de maiores valores de inadequação encontrados, de acordo com a classificação dos profissionais de saúde. (CARRET. FASSA. DOMINGUES, 2009).

De facto, a utilização inadequada das urgências hospitalares poderá ter como consequências a diminuição da qualidade de atendimento para as situações realmente urgentes, que resultam do desvio dos recursos humanos e da consequente dificuldade de especialização dos mesmos. (PORTUGAL. MINISTERIO DA SAUDE.DIRECÇÃO GERAL DA SAUDE, 2001). Igualmente o atendimento atempado e com segurança poderá ser comprometido, diminuindo a qualidade dos cuidados prestados. (BERNSTEIN, e tal, 2008).

Um dos factores associado à utilização inadequada das urgências está relacionado com as preferências dos utentes pelas urgências hospitalares, em detrimento dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), onde existe a possibilidade de obter um sem nº de exames em poucas horas. (BARROS, SIMÕES, 2007). Por outro lado, a qualidade percebida das urgências poderá ser maior do que a dos CSP, determinando a utilização das urgências hospitalares. (PUIG-JUNOY, SAEZ, MARTINEZ-GARCIA, 1998).

Educar os utentes acerca dos serviços disponibilizados pelo médico dos cuidados de saúde primários e das situações em que devem ser consultados, poderia diminuir a utilização das urgências (BOUSHY, DUBINSKY, 1998), contudo as campanhas educativas apenas terão impacto se forem consideradas as preferências dos utentes (DE SALVO, et al, 2000; KOZIOL- McLAIN, et al, 2000).

Por outro lado, um aumento da oferta dos CSP e consequente diminuição dos tempos de espera para uma consulta poderia contribuir para a redução da utilização das urgências hospitalares (LOURENÇO, FERREIRA, 2005; PUIG-JUNOY, SAEZ, MARTINEZ-GARCIA, 1998).

De facto, existe uma associação entre os Cuidados de Saúde Primários e a utilização das Urgências Hospitalares. Vários estudos utilizaram o modelo de Andersen para explicar a utilização inadequada dos serviços de urgência verificando que existem factores que predis põem (idade, género), as necessidades (estado de saúde auto percebido e avaliado) e factores que habilitam (disponibilidade dos serviços e capacidade de os utilizar), que determinam essa utilização. Assim, relativamente aos factores que habilitam verificaram que as barreiras no acesso aos CSP estavam associadas com uma utilização inadequada das urgências (AFILALO et al, 2004; McCUSKER, ET AL, 2003).

Outros estudos, que não utilizaram explicitamente o modelo de Andersen, verificaram que não ter médico assistente ou um prestador regular e não ter sido referenciado por um médico estava associado com a utilização inadequada das urgências. (CARRET, FASSA, DOMINGUES, 2009). As barreiras no acesso aos CSP, tais como dificuldades no agendamento de consulta, curtos períodos de funcionamento, etc, estavam igualmente relacionadas com a inadequação da utilização das urgências hospitalares. (CARRET, FASSA, KAWACHI, 2007; RUST, et al 2008; CARRET, FASSA, DOMINGUES, 2009).

A continuidade dos Cuidados é também um factor que determina a utilização das urgências. De facto, ter um prestador regular, que conhece o estado de saúde e as preferências do doente, está associado com melhores resultados clínicos e com uma diminuição da inadequação da visitas às urgências hospitalares (GILL, MAINOUS, NSEREKO, 2000; SCHOEN et al , 2007). Contudo, o efeito da continuidade dos cuidados na utilização das urgências só se observa, se forem desenvolvidas estratégias que promovam a prestação dos cuidados e a eliminação das barreiras no acesso. (DE SALVO, et al., 2000).

Contudo, embora em alguns estudos se tenha verificado uma associação entre ter um prestador regular e a utilização das urgências, outros estudos demonstraram que os utilizadores frequentes das urgências são também grandes utilizadores de outro tipo de cuidados, nomeadamente os CSP, revelando a necessidade de considerar as preferências, características psicossociais e auto-percepção do estado de saúde destes utilizadores na forma como os serviços são configurados. (HANSAGI, et al, 2001; OLSSON, HANSAGI, 2001; BYRNE e tal, 2003; BLANK e tal, 2005; OLIVEIRA, 2008)

Em Portugal, Barros (2005), refere o excesso de urgências como um dos principais problemas sentidos pelo Serviço Nacional de Saúde, bem como as listas de espera, insatisfação de utentes e profissionais, crescimento incontrolável das despesas entre outros que determinaram várias actuações políticas.

Encontra-se, neste momento em curso uma Reforma dos Cuidados de Saúde Primários que inclui a reestruturação dos centros de saúde e implementação das Unidades de Saúde Familiar (USF) . (PORTUGAL. PRESIDENCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, 2005).

As USF são definidas como “a célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares”, formadas por pequenas equipas multiprofissionais, com autonomia organizativa funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. Estas equipas têm como responsabilidade a prestação de cuidados personalizados, garantido a acessibilidade, globalidade e continuidade dos cuidados aos utentes inscritos na sua lista (DESPACHO NORMATIVO nº 9/2006).

De acordo com a revisão da literatura verifica-se uma associação entre as características dos CSP e a utilização das urgências. Assim, com a implementação das USF e a atribuição de um médico de família, que presta cuidados globais, contínuos e acessíveis, bem como a eliminação das barreiras no acesso aos CSP prevê-se uma variação da utilização das urgências hospitalares. Com este trabalho pretende-se observar essa variação.

## **1.2 - Objectivos do Trabalho**

Assim os objectivos principais do presente trabalho são:

- i) Verificar de que forma o acesso aos cuidados de saúde primários influencia a procura de serviços de urgência, ou seja, medir a substituibilidade entre os vários tipos de cuidados.
- ii) Observar em que medida a reforma dos cuidados de saúde , nomeadamente a implementação das USF, permitiu reduzir a procura das urgências.

## **1.3 - Estrutura do Trabalho**

Para atingir os objectivos propostos optou-se por organizar o presente trabalho de acordo com a seguinte estrutura.

Depois do presente capítulo (Introdução – Capítulo I), vai ser realizada no Capítulo II a contextualização dos CSP e das urgências hospitalares.

Assim, relativamente aos CSP irá ser apresentada uma definição de CSP, caracterização dos sistemas orientados para os CSP, CSP em Portugal (evolução histórica e profissionais dos CSP ) e por fim irá ser efectuada uma descrição da actual reforma dos CSP que inclui os regimes remuneratório experimental e a caracterização e avaliação das USF.

Relativamente às urgências hospitalares é realizada uma definição bem como a descrição da actual reforma e a descrição dos Serviços de Atendimento Permanente (SAP).

O Capítulo III (Enquadramento Teórico) resulta de uma revisão da literatura que inclui resultados de estudos que associaram a utilização das urgências hospitalares, nomeadamente a utilização inadequada, com os CSP.

No Capítulo IV descreve-se a metodologia utilizada na obtenção dos resultados e no Capítulo V apresentam-se os resultados obtidos.

No Capítulo VI discutem-se os resultados obtidos relacionando-os com a revisão da literatura.

No final, no Capítulo VII são apresentadas as conclusões obtidas.

Incluiu-se ainda a bibliografia consultada e os anexos (colocados separadamente do trabalho e que incluem literatura complementar).



## **CAPÍTULO II – CONTEXTUALIZAÇÃO**

### **2.1 - Cuidados de Saúde Primários**

#### **2.1.1 – Definição**

A primeira referência a Cuidados de Saúde Primários surgiu em 1920 no Reino Unido no relatório Dawson, onde se referiram os “centros de cuidados de saúde primários” que se pretendia serem o epicentro dos serviços daquele país (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005).

Em 1978 na Conferência Internacional da OMS/UNICEF, num documento que ficou conhecido como Declaração de Alma Ata, considerou-se que os Cuidados de Saúde Primários seriam a “chave” para atingir os objectivos de “Saúde para todos no ano 2000” (WHO, 1978).

Assim, Cuidados de Saúde primários foram definidos como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, como do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, possibilitando cuidados de saúde o mais próximo possível do local de residência e trabalho das pessoas, e constituem o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados de saúde “. (WHO, 1978).

De acordo com Simões, (2005), os Cuidados de Saúde Primários são a base do sistema de saúde e efectuam o primeiro contacto entre os indivíduos e os serviços de saúde. As suas actividades integram duas especialidades: medicina geral e familiar e saúde pública.

Trinta anos após a Conferência de Alma Ata, os princípios subjacentes à definição Cuidados de Saúde Primários continuam actuais e representam a base para o desenvolvimento futuro dos Sistemas de Saúde (WHO, 2008).

### **2.1.2 - Sistemas Orientados para os Cuidados de Saúde Primários**

Mundialmente todos os Governos promovem formas de melhorar a equidade, eficiência, efectividade, e responsabilização dos seus sistemas de saúde, contudo parece não existir um consenso acerca das melhor forma de atingir estes objectivos, embora se reconheça a importância dos cuidados de saúde primários na obtenção de cuidados de saúde mais custo- efectivos. (ATUN, 2004).

Num relatório realizado para a Organização Mundial de saúde, Atun (2004), verificou-se haver evidência de vantagens em se reestruturar um sistema de saúde mais focalizado (centrado) nos cuidados de saúde primários, comparativamente com sistemas de saúde mais baseados em cuidados especializados. Essas vantagens seriam: melhores resultados em saúde, aumentos de equidade, acessibilidade e continuidade de assistência e diminuição dos custos e melhoria da satisfação dos doentes sem contudo se diminuir a qualidade dos cuidados prestados.

Por outro lado, neste relatório que resultou de uma revisão sistemática de vários estudos, ficou demonstrado que os sistemas de saúde mais baseados nos cuidados de saúde hospitalares promoviam iniquidades no acesso. (ATUN, 2004)

Contudo, o autor considerou ser necessário existir uma maior evidência das vantagens enumeradas.

Resultados semelhantes foram encontrados por outros autores (STARFIELD, SHI, MACINKO, 2005,) que utilizando igualmente evidência de estudos anteriores verificaram que uma maior orientação para os cuidados de saúde primários permite uma prevenção da doença e da mortalidade, equidade na distribuição de saúde na população e melhores resultados em saúde, quando comparado com sistemas mais orientados para os cuidados especializados.

Os autores, utilizando o exemplo dos Estados Unidos da América (EUA), onde existe uma maior percentagem de médicos especialistas, em comparação com outros países industrializados, mas não acontece o mesmo com os médicos que prestam cuidados de saúde primários, uma maior orientação dos serviços para os cuidados de saúde primários permitiria melhorar os níveis de saúde da população, reduzir as iniquidades e reduzir os custos.

Igualmente os locais com maior n.º de médicos dos cuidados de saúde primários apresentavam menores despesas de saúde, possivelmente devido a uma maior prevenção e consequente diminuição das hospitalizações.

Nos locais onde existiam mais médicos dos cuidados de saúde primários observavam-se melhores resultados em saúde, tais como redução de enfartes, redução da mortalidade

infantil e diminuição dos casos de baixo peso à nascença bem como aumento da esperança média de vida e melhoria da auto- percepção da saúde.

Por outro lado, os indivíduos que recebem regularmente assistência de médicos de cuidados de saúde primários são mais saudáveis e as características dos cuidados de saúde primários estão associadas com melhores níveis de saúde.

De acordo com, Starfield (1994), um dos factores associados com os melhores resultados de saúde está relacionado com o gatekeeping. De facto, os médicos especialistas pedem mais exames e realizam mais procedimentos o que poderá ter efeitos iatrogénicos. Assim a consulta de um especialista apenas recomendado por um clínico geral poderá ter um efeito protector.

Starfield, Shi e Macinko (2005), consideram que existem **seis** características dos cuidados de saúde primários que poderão estar associados com os resultados obtidos na saúde das populações, nomeadamente:

- Promovem maior acesso aos serviços de saúde essenciais em populações carenciadas
- Contribuem para a qualidade dos cuidados prestados.  
Ao considerarem não apenas a doença mas todas as características do doente, os médicos dos cuidados de saúde primários prestam serviços de maior qualidade no tratamento de doenças comuns. Nas doenças menos frequentes deverão trabalhar em conjunto com os médicos dos cuidados especializado
- Maior enfoque na prevenção  
Os cuidados de saúde primários promovem a prevenção doença tais como o uso do cinto de segurança, não fumar, uso de detectores de incêndio, praticar uma dieta saudável, praticar exercício físico, etc. Além disso, promovem a detecção precoce de doenças (prevenção secundária).
- Permitem o tratamento da doença antes que seja necessária a hospitalização
- Características dos cuidados de saúde primários tais como o enfoque no individuo e não na doença, continuidade dos cuidados prestados, etc., permitem melhores resultados em saúde.
- Redução na prestação de cuidados desnecessários

Os autores consideram que poderão existir outras características dos sistemas de saúde mais orientados para os cuidados de saúde primários, tais como intervenções sociais que possam contribuir para os resultados encontrados.

Em 2008, 30 anos após a Conferência Internacional dos Cuidados de saúde Primários, foi apresentado o World Health Report da World Health Organization em Almaty (previamente designada por Alma-Ata) onde se considerou que as reformas efectuadas a nível dos cuidados de saúde primários são responsáveis por melhorias globais na saúde e que os princípios enformadores da Declaração de Alma Ata, de acesso universal, equidade e justiça social continuam actuais (WHO, 2008).

Porém, e embora se assistam a progressos nos resultados em saúde verificam-se ainda várias assimetrias nos resultados obtidos entre os vários países e alguma fragmentação entre as políticas implementadas. (WHO, 2008)

Simultaneamente os sistemas actuais apresentam novos desafios como a globalização, transmissão de doenças comunicáveis, envelhecimento e aumento das doenças crónicas, alterações climáticas, insegurança alimentar e aumento das expectativas dos utentes.

O Relatório sugere 4 níveis de reformas de acordo com a evidencia disponível e de forma a ultrapassar os desafios actualmente impostos:

- Universal Coverage Reforms - Reformas para uma Cobertura Universal  
Acesso Universal e protecção social, de forma a promover a equidade em saúde.
- Service Delivery Reforms -Reformas dos Serviços  
Reorganização dos serviços prestados de acordo com as necessidades e expectativas dos indivíduos.
- Public Policy Reforms – Reformas nas Políticas de Saúde Pública  
Promoção de comunidades saudáveis através de políticas de saúde pública mais adequadas.
- Leadership Reforms – Reformas de Liderança  
Remodelar as lideranças para a saúde de acordo com uma governação mais efectiva e o envolvimento dos Stakeholders principais.

## **2.2 – Cuidados de Saúde Primários em Portugal**

De acordo com Bentes et al (2004), o facto de Portugal ter sido no início dos anos 70, um dos pioneiros a desenvolver a sua rede de cuidados de saúde primários, através da implementação de centros de saúde, terá contribuído para a diminuição da mortalidade infantil. De facto, este indicador baixou de 60 por 1000 no final dos anos 60 para 5.0 por 1000 em 2001, valor abaixo de países como a Grécia, Holanda, Irlanda, Luxemburgo e Reino Unido.

De facto, até 1979, o Estado não assumia a responsabilidade pelas despesas em saúde. Os cuidados de saúde para os mais pobres eram assumidos pelos hospitais das misericórdias e os cuidados não hospitalares eram da responsabilidade da Segurança Social. A população trabalhadora e os seus dependentes tinham acesso aos cuidados de saúde através da segurança social e de fundos de doença. A partir de 1979, é criado o Sistema Nacional de Saúde e o Estado assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de saúde compreensivos, universais e gratuitos no momento da utilização. (BENTES et al ,2004),

Contudo, já em 1971, com o reconhecimento do direito à saúde, o Estado assume a responsabilidade pelas políticas de saúde, integração dos cuidados de saúde e investimentos na prevenção e promoção e da saúde e são criados os centros de saúde. (BARROS, SIMOES, 2007).

Estes centros de saúde, designados de 1ª geração, incluíam entidades dirigidas para a prevenção da doença e para a saúde pública. As suas actividades incluíam programas de vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e actividades de autoridade sanitária (SIMÕES, 2005).

Posteriormente, em 1983 houve uma integração entre os serviços médicos – sociais das caixas de previdência e os novos centros de saúde, resultando nos designados centros de saúde de 2ª geração, e em 1999 foi elaborada legislação no sentido de criar os centros de saúde de 3ª geração, os quais nunca foram implementados. (RAMOS, 2007). (vide anexo I).

Em 2005, com a tomada de posse do XVII Governo Constitucional, reconhece-se que os Cuidados de Saúde Primários são o “ pilar central do sistema de saúde”, e que iriam ser implementadas medidas no sentido de reestruturar os centros de saúde e implementar as Unidades de Saúde Familiar. (PORTUGAL, PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS

As Unidades de Saúde Familiar irão ser descritas no ponto 2.4.2. E são objecto central do presente estudo.

### **2.2.2 - Centros de saúde**

Os centros de saúde representam a infra-estrutura organizativa dos Cuidados de Saúde Primários, cobrem todo o território nacional tendo sofrido algumas alterações ao longo de todas as fases referidas anteriormente (BRANCO E RAMOS, 2001).

Os centros de saúde surgem em 1971 como resultado da Reforma “Gonçalves Ferreira” que os promoveu, legislou e criou efectivamente no terreno (SAKELLARIDES, 2006).

De acordo com Simões (2005), os centros de saúde foram criados pelo Decreto -lei nº 413/71, de 27 de Setembro, foram reformulados pelo Decreto-lei nº. 254/82, regulamentados pelo Despacho Normativo nº. 97/83, de 28 de Fevereiro e recriados pelo Decreto -lei nº. 157/99, de 10 de Maio.

De facto, e até 2003 podemos considerar três gerações de centros de saúde:

A primeira geração surge em 1971, e dela faziam parte entidades dirigidas para a prevenção da doença e para a saúde pública. As suas actividades incluíam programas de vacinação, vigilância de saúde da grávida e da criança, saúde escolar e actividades de autoridade sanitária (Simões, 2005). Os serviços Médico – Sociais das Caixas de Previdência deveriam ter sido integrados com os novos centros de saúde, mas nesta primeira fase prestavam cuidados curativos extra- hospitalares (BRANCO E RAMOS, 2001).

Os centros de saúde seriam então a principal forma de acesso ao sistema de saúde, apenas se recorrendo aos hospitais em caso de necessidade de apoio aos cuidados primários (PORTUGAL, OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2008).

Os centros de saúde de 2ª geração surgem em 1983 integrando os serviços Médico- Sociais das Caixas de Previdência. Surge igualmente a nova carreira médica de clínica geral. (RAMOS, 2007).

Os centros de saúde de 3ª geração , nunca foram além do diploma que os criou (Decreto-lei nº 157/99). Estes centros de saúde de maiores dimensões seriam dotados de personalidade

jurídica, autonomia administrativa, técnica e financeira. A organização das equipas seria realizada em unidade autónomas tecnicamente mas interligadas, permitindo a remuneração dos profissionais, em particular dos médicos, de acordo com o desempenho (Simões, 2005).

A partir de 2003, com o Decreto-lei nº 60/2003, de 1 de Abril é criada a rede de cuidados de saúde primários surgindo simultaneamente um novo conceito de centro de saúde que agregava cuidados médicos; apoio à comunidade e de enfermagem; saúde pública; e gestão administrativa. O director poderia ser um profissional não médico e a gestão do centro de saúde poderia ser realizada por uma entidade privada através de um contrato de gestão. A prestação dos cuidados de saúde primários podia ser realizada por médicos e entidades privadas através de contratos de prestação de cuidados de saúde. (SIMÕES, 2005).

Este novo conceito de centro de saúde viria a ser muito contestado por profissionais e organizações condicionando a criação da Entidade Reguladora da Saúde (RAMOS, 2007).

A 3 de Junho é publicado o Decreto-lei n.º 88/2005 que revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários, e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

A 7 de Abril de 2005 inicia-se o processo de implementação da actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (RAMOS, 2007).

Os centros de saúde que se mantiveram até ao início da Reforma eram os de 2ª geração (BISCAIA et al, 2008).

De acordo com dados do Relatório do Grupo Consultivo para a Reforma dos Cuidados de saúde Primários existiam 363 centros de saúde, em Fevereiro de 2009, em Portugal (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, 2009)

### **2.2.3 - Profissionais dos Cuidados de Saúde Primários**

Os profissionais de cuidados de saúde primários variam conforme os países, podendo incluir enfermeiros comunitários, clínicos gerais, médicos de família, gestores, etc. (ATUN, 2004).

Contudo o médico de família, nos países industrializados é o único que intervém em todos os níveis de cuidados: prevenção, detecção pré-sintomática da doença, diagnóstico precoce, diagnóstico de doença existente, gestão da doença, gestão das complicações da doença, reabilitação, cuidados terminais e aconselhamento. (STARFIELD, SHI, MACINCKO, 2005)

Em Portugal os Cuidados de Saúde Primários são essencialmente prestados por médicos de medicina geral e familiar e enfermeiros, embora alguns centros de saúde tenham médicos de outras especialidades (saúde mental, pediatria, dermatologia, entre outras) que desempenhavam funções nos serviços Médico - Sociais das Caixas de Previdência e continuaram integrados nos centros de saúde de 2ª geração, embora não se preveja a sua substituição quando saírem. (BARROS, SIMÕES, 2007).

### **2.2.3.1 – Enfermeiros nos CSP**

Relativamente aos enfermeiros dos cuidados de saúde primários, a suas actividades baseiam-se essencialmente na promoção da saúde, prevenção da doença, educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados quer no contexto individual como no familiar. Um marco importante surgiu com a Declaração de Munique da Organização Mundial de Saúde em 2000, onde se definiu enfermeiro de saúde comunitária ou “enfermeiro de família”.

Assim, a enfermagem comunitária trabalha em complementaridade com outros profissionais e parceiros comunitários, tendo como funções identificar as necessidades e assegurar a continuidade de cuidados a indivíduos e respectivas famílias pertencentes a uma determinada área geográfica. (CORREIA ET AL, 2001).

Contudo, embora o nº de enfermeiros por 1000 habitantes em Portugal, tenha aumentado de 2,8 em 1990 para 4,6 em 2005, ainda continúa abaixo da média da OCDE de 9,7 enfermeiros por 1000 habitantes. (OECD, 2008).

### **2.2.3.2 - Medicina Geral e familiar – Evolução e experiências remuneratórias**

Entre 1960 e 1970 houve, em Portugal, uma necessidade de formação de médicos para a guerra colonial, os quais com a revolução do 25 de Abril de 1974 viriam a ser aproveitados



para suprir as necessidades de cobertura nacional através da criação do Serviço Médico na Periferia (SMP). (RAMOS, 2007).

Em 1971 com o decreto-lei nº 414/71 foram criadas ou revistas carreiras profissionais de funcionários da saúde, nomeadamente as carreiras médicas de saúde pública e hospitalar, enfermagem, farmacêutica, administração hospitalar, terapêutas, serviço social, de auxiliares de laboratório e de auxiliares sanitários (SIMÕES, 2005).

Com a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1979 é realizada a integração da Federação das Caixas de Previdência no Ministério da Saúde e são nacionalizados os hospitais das misericórdias surge a necessidade de criação de uma carreira médica, tal como já existia nos EUA, Canada, Reino Unido, Holanda, Dinamarca, Noruega, etc, e que permitisse a prestação de cuidados mais personalizados. (SOUSA ET AL, 2001)

Neste período realizam-se várias reuniões e seminários, tendo uma destas reuniões sido realizada na Escola Nacional de saúde pública com a presença de uma delegação do Royal College of General Practitioners. O objectivo seria discutir a possibilidade e melhor forma de criar a especialidade de clínica geral em Portugal e no final foi criado um relatório designado por “relatório Horder” (SAKELARIDES, 2001)

Surgiram então vários diplomas. Em 1980 a Portaria n.º 444-A/80 institui e regulamentou a carreira de generalista, consagrada ao exercício das funções de clínica geral e com a portaria n.º 357/80 inicia-se o internato da especialidade de generalista. Em 1982 com o decreto-lei n.º 310/82 é definido pela primeira vez o perfil do médico de clínica geral (SOUSA ET AL, 2001).

O médico de clínica geral foi definido como um profissional que presta cuidados a uma população definida, nunca inferior a 1500 utentes, garantindo a generalidade e continuidade dos cuidados prestados. Foi também prevista a possibilidade de escolha do médico por parte do utente, independentemente do local de residência (DECRETO-LEI n.º 310/82).

Em 1986 foi elaborada uma Directiva Comunitária que reconhecia a especialidade de Clínica Geral a nível europeu e regulamentava a formação complementar de três anos. Os quadros dos centros de saúde encontravam-se preenchidos com uma dotação de 6500 médicos. (PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2004).

Em 26 de Novembro de 1986 é publicada a Portaria n.º 712/86, que aprova o regulamento de formação dos Médicos Clínicos Gerais (SOUSA et al, 2001).

Finalmente o decreto-lei n.º 73/90 reformula o regime legal das carreiras médicas dos serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde e considera três carreiras médicas: clínica geral; hospitalar e de saúde pública.

O médico de clínica geral foi definido como um profissional que presta cuidados de saúde primários a indivíduos, famílias e mais amplamente a populações definidas que lhe sejam confiadas, exercendo a sua actividade com independência e autonomia. A sua intervenção é exercida em termos de generalidade e continuidade dos cuidados, personalização das relações com os assistidos, de informação sócio- médica e integrada nos objectivos genéricos do Serviço Nacional de Saúde.

O médico de clínica geral, também designado por médico de família, e a especialidade medicina geral e familiar deverá ser o primeiro contacto do utente quando este se sente doente ou pretende cuidar da sua saúde. (SOUSA et al, 2001).

De acordo com o decreto-lei n.º 73/90, a cada médico era atribuída uma população (designada por lista), nunca inferior a 1500 utentes. A escolha do médico pelo utente obedecia ao princípio de livre escolha, privilegiando-se a inscrição familiar.

Entre 1980 e 2004 houve um aumento considerável de habitantes nas periferias das grandes cidades, Lisboa e Porto, embora o nº de serviços e recursos humanos não tenha acompanhado esse crescimento, tendo-se mantido constante no centro onde os cidadãos diminuíram. Em 2005 existiam 700000 a 750000 habitantes sem médico de família com 40 % de atendimentos nas urgências hospitalares que necessitavam de cuidados de saúde primários.

Assim, as zonas mais problemáticas de falta de médico de família eram: norte de Lisboa, distrito de Setúbal, sul do Tejo, distritos do Porto e Braga, ou seja zonas de elevada atracção populacional (CAMPOS, 2008).

O n.º de novos médicos formados tem crescido lentamente, devido a condicionamentos no acesso a universidades. Desta forma o n.º de médicos é insuficiente, existindo igualmente uma assimetria geográfica na distribuição de clínicos. Contudo recentemente abriram duas novas universidades (Universidade do Minho e Universidade da Beira Interior) e o n.º de vagas aumentou nas universidades existentes. A proporção de clínicos gerais relativamente aos médicos hospitalares tem também vindo a aumentar como resultado de medidas governamentais. (BARROS, SIMÕES, 2007)

Em 2005, estavam inscritos em cada centro de saúde cerca de 30.834 utentes dos quais apenas 19792 eram utilizadores e 10,8% não tinham médico de família. A média de médicos por centro de saúde era de 20,9 que realizaram um total de 97315 consultas. Cada médico tinha em média, 1478 utentes na sua lista de utentes e realizava aproximadamente 4663 consultas. Assim cada utente realizava em média 3,2 consultas e cada utilizador cerca de 4,9 consultas (GOUVEIA et al, 2006).

#### **2.2.4 - Grupos Projecto Alfa -1996/1997 e Regime Remuneratório Experimental (RRE) – 1998/1999**

Em 1996/1997 iniciaram-se, na região de Lisboa e Vale do Tejo projectos-piloto designados como Projecto-Alfa e que pretendiam melhorar a acessibilidade, promover a continuidade dos cuidados e os cuidados domiciliários, melhorar a qualidade e aumentar a motivação dos clínicos gerais através de incentivos adequados. Pretendia-se também racionalizar a prescrição de medicamentos e o número de exames e testes diagnósticos efectuados. (BARROS, SIMÕES, 2007)

Os médicos de família, através de incentivos tais como pagamento de horas extraordinárias entre outros, garantiam aos doentes inscritos na sua lista, melhor acessibilidade e cobertura de cuidados durante 24 horas diárias, bem como referenciação e follow-up adequados. Os objectivos seriam reduzir o excesso de procura e os custos nos serviços de urgência hospitalares.

Contudo, apenas alguns profissionais aderiram e o projecto enfrentou resistência de algumas ARS que não quiseram aplicar os projectos na sua região. (BENTES et al, 2004).

Da avaliação dos projectos-alfa surgiu a necessidade de implementar novos regimes remuneratórios mais justos que recompensassem os elementos mais produtivos. O Regime Remuneratório Experimental (RRE), embora com algumas resistências da “máquina burocrática do estado” é criado em 1998. (BRANCO, RAMOS, 2001).

Este novo regime organizativo tinha como características a adesão voluntária e um sistema remuneratório que incluía um salário base acrescido de um pagamento capitolacional, variável de acordo com as características da lista de doentes e um pagamento por actos efectuados tais como consultas domiciliárias, pequenas cirurgias entre outros. (BARROS E SIMÕES, 2007)

O Regime Remuneratório Experimental dos Médicos da Carreira de Clínica Geral (RRE), pode ser definido como uma experiência organizacional inovadora. O seu quadro normativo foi estabelecido pelo D.L. n.º 117/98, de 5 de Maio, tendo como suporte de implementação a Portaria 993-A/98 de 24 de Novembro e as Circulares Normativas n.º 9/GAB/DG de 28 de Dezembro de 1998 e n.º 6/GB/DG de 10 de Abril de 2002, da Direcção-Geral da Saúde (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, 2004).

O RRE foi sucessivamente prorrogado até 31 de Dezembro de 2005, foi novamente prorrogado até 30 de Junho de 2006 pelo Decreto-lei n.º 23/2006 de 2 de Fevereiro (GOUVEIA et al, 2006).

Finalmente, o Decreto – lei nº 298/ 2007, de 22 de Agosto estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das USF e o regime de incentivos a atribuir aos elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF modelo B. O Decreto-lei n.º 117/98, de 5 de Maio é revogado.

### **2.3 - Actual Reforma dos Cuidados de Saúde Primários**

No seu Programa para a saúde, O XVII Governo Constitucional que tomou posse a 12 de Março de 2005, consolidava-se a ideia de que os Cuidados de Saúde Primários eram o “ pilar central do sistema de saúde “. Algumas das medidas a implementar seriam a reestruturação dos centros de saúde através da criação das unidades de saúde familiar (USF) integradas em rede de acordo com os seguintes princípios: pequenas equipas multiprofissionais e auto organizadas; autonomia organizativa funcional e técnica; contratualização de uma carteira básica de serviços; descentralização dos meios de diagnóstico e sistema retributivo de acordo com a produtividade, acessibilidade e qualidade. (PORTUGAL, PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, 2005).

Para que estas reformas se pudessem concretizar, seria imprescindível modificar o modelo de prestação, tornando-o mais acessível, eficiente e adequado às necessidades da população. O trabalho em equipa deveria ser estimulado e o pagamento realizado de acordo com o desempenho. Só desta forma será possível satisfazer as expectativas dos cidadãos e dos profissionais (PISCO, 2007).

Para executar o previsto no Programa do Governo, foi criado, pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 86/2005, de 27 de Abril e despacho n.º 10942/2005 de 21 de Abril, um Grupo Técnico para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, que tinha como objectivos

gerais definir frentes de trabalho e metas operacionais. Este grupo assumindo que a reforma deverá contribuir para a melhoria continuada dos cuidados de saúde: acessíveis, adequados, efectivos, eficientes e garantindo as necessidades da população e dos profissionais, elaborou as Linhas de Acção Prioritárias para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários que foram colocados a discussão pública a 3 de Julho de 2005. O grupo sugeria a criação de uma unidade de missão bem como estruturas regionais de apoio para a reforma dos cuidados de saúde primários. (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.MCSP, 2007)

Paralelamente, a 3 de Junho é publicado o Decreto-lei n.º 88/2005 que revoga o Decreto-Lei n.º 60/2003, de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários, e repristina o Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde. De acordo com as disposições preambulares do diploma, o decreto-lei 60/2003 não tinha aplicação prática na realidade portuguesa e representava uma tentativa falhada de melhoria de acesso à saúde. Assim é colocado novamente em vigor o decreto-lei 157/99 até formulação de novo documento normativo, resultante das propostas do grupo técnico e de acordo com a política do Governo.

De acordo com o sugerido pelo grupo técnico, foi criada pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 157/2005, de 12 de Outubro a Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), com a responsabilidade de conduzir o projecto global de lançamento, coordenação e acompanhamento da estratégia de reconfiguração dos centros de saúde e implementação das unidades de saúde familiar.

A Missão tinha assim, como tarefa criar instrumentos legais e operacionais, bem como acompanhar a metodologia organizacional, que permitissem a recentragem do sistema de saúde português nos Cuidados de saúde Primários, tendo como base oito grandes áreas de intervenção prioritárias: (CAMPOS, 2006).

- Reconfiguração e autonomia dos centros de saúde,  
Novo modelo dos centros de saúde com ganhos de autonomia de gestão (inovação no contexto nacional)  
Participação dos cidadãos nas linhas orientadoras das actividades dos centros de saúde

- Implementação de unidades de saúde familiar,

As USF como "peças centrais" do novo modelo, permitindo o contacto do cidadão com o sistema de saúde. Correspondem à evolução do RRE iniciado em 1998 e cuja avaliação demonstrou ser o modelo a seguir.

➤ Reestruturação dos serviços de saúde pública;

Reforço da componente de intervenção dos Serviços de Saúde Pública e dotação com instrumentos que aumentem a sua efectividade permitindo a segurança dos cidadãos. A Qualidade dos Serviços de Saúde Pública é representativa do nível civilizacional de um povo.

➤ Outras dimensões de intervenção na comunidade;

Assumindo a comunidade como espaço de intervenção do sistema de saúde deverão ser desenvolvidos programas tais como o desenvolvimento dos Cuidados Continuados. A MCSP tem um papel fundamental sobretudo junto dos grupos sociais vulneráveis ou isolados.

➤ Implementação de unidades locais de saúde;

Organização dos cuidados de saúde em Unidades Locais de Saúde resultando em sistemas que se pretendem mais justos e eficientes.

➤ Desenvolvimento dos recursos humanos;

Défice de recursos humanos nos CSP comparativamente com o verificado no âmbito hospitalar. Implementação de medidas de reforço dos efectivos nos CSP.

➤ Desenvolvimento do sistema de informação;

Dotação dos CSP com os sistemas de informação que permitam obter os dados essenciais para o seu funcionamento de forma atempada e precisa.

➤ Mudança e desenvolvimento de competências.

Garantir que os profissionais do novo modelo organizacional tenham à sua disposição condições de formação profissional que lhes permita desenvolver a sua actividade de forma confiante, segura e com satisfação contribuindo igualmente para a sustentabilidade do Sistema.

No sentido de reorganizar os cuidados de saúde primários, enfatizando a sua importância para a prestação de cuidados de saúde próximos, adequados, efectivos e eficientes é publicado o Despacho normativo n.º 9/2006, de 16 de Fevereiro, que regulamenta os

termos, as condições e os procedimentos necessários para a implementação das Unidades de Saúde Familiar e reconfiguração dos novos centros de saúde.

Deste modo, as Unidades de Saúde Familiar foram definidas como a “célula organizacional elementar da prestação de cuidados de saúde individuais e familiares”, formadas por equipas multiprofissionais (médicos especialistas em medicina geral e familiar, enfermeiros, administrativos e outros profissionais de saúde), com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde. Estas equipas e, de acordo com o Dec-lei n.º 157/99 seriam responsáveis por prestar cuidados personalizados e garantir a acessibilidade, globalidade e continuidade dos mesmos à população inscrita na sua lista de utentes.

A adesão às USF seria voluntária através de candidatura por via electrónica para a MCSP e sujeita a avaliação da Equipa Regional de Apoio e Acompanhamento em parceria com a agência de contratualização da Administração Regional de Saúde (ARS) da área respectiva. Posteriormente a MCSP, em colaboração com as Agências de Contratualização seria responsável, por desenvolver os termos de referência para a contratualização e painel de indicadores de monitorização. O painel de indicadores seria estruturado de acordo com as seguintes áreas: Disponibilidade; Acessibilidade; Produtividade; Qualidade técnico-Científica; Efectividade; Eficiência; Satisfação.

No primeiro dia de candidatura, 1 de Março de 2006 (até à meia-noite), a Missão para os Cuidados de Saúde primários recebeu 26 candidaturas constituídas por um total de 180 médicos de família, 175 enfermeiros e 127 administrativos. Em semelhança com o ocorrido com o RRE a maioria das candidaturas surgiram da região Norte, uma no Algarve, duas no Alentejo, três no Centro e quatro candidaturas na região de Lisboa e Vale do Tejo. (PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.MCSP, 2007).

#### **2.4.1 - Regimes Remuneratórios e Poupanças**

Gouveia et al, (2006) compararam o desempenho dos centros de saúde convencionais e as unidades a funcionar em Regime Remuneratório Experimental. Esta comparação considerou o impacto nos gastos por utente e por consulta, bem como os custos com medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT).

O estudo verificou que nas unidades em RRE, embora houvessem incentivos remuneratórios para os médicos, horário acrescido de enfermeiros, pagamento de horas extraordinárias de administrativos, e prolongamento de horários de cobertura assistencial, ainda assim existia uma diminuição de custos por doente associada a uma poupança em medicamentos e MCDT.

Além disso os médicos que tendiam a integrar as novas USF seriam os que já efectuavam, em média, mais 410 consultas, gastando menos 2,3 euros por consulta em medicamentos e menos 1,3 euros em MCDT comparativamente com outros médicos.

Assim, e considerando que as USF já estariam a funcionar, o estudo concluiu que embora existisse um aumento da remuneração dos médicos de 2,4 euros por utente, a poupança de 1,9 euros em MCDT e 4,9 euros em medicamentos permitia uma diminuição de 4,3 euros anuais por utente.

Relativamente à oferta de cuidados, e embora as consultas anuais por utilizador, nas unidades em RRE fossem 0,4% inferiores à média, verificou-se que o nº de utilizadores era 5,8 % superior ao dos centros de saúde convencionais. (GOUVEIA et al, 2006).

## **2.4.2- Características das USF**

Como foi referido anteriormente, uma das medidas da actual reforma seria a reestruturação dos centros de saúde, através da criação e implementação das USF. (PORTUGAL, PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, 2005).

Posteriormente à publicação do despacho normativo nº 9/ 2006 de 16 de Fevereiro que regulamenta a implementação das USF, que seriam responsáveis pela prestação de cuidados personalizados, acessíveis, globais e com continuidade, foram publicados diversos diplomas que definem as características das USF, bem como os modelos existentes. As USF seriam constituídas por equipas multidisciplinares, com autonomia organizativa, funcional e técnica e que contratualiza uma carteira de serviços com as ARS, de acordo com objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade. Existiam ainda incentivos que seriam atribuídos de acordo com o desempenho e o modelo organizativo (descrição pormenorizada no anexo II).

Em 4 de Setembro de 2006 deu-se o início oficial da actividade das primeiras USF nomeadamente: a USF Valongo e S. João do Sobrado em Valongo, USF Nascente em Rio Tinto e USF Condeixa em Condeixa (PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE.MCSP; 2007).

No quadro I, está representada a ultima actualização consultada ( 1 de Junho de 2009) e disponibilizada pela MCSP, relativamente a nº de USF, nº de profissionais e ganhos assistenciais.



**Tabela 1 – USF e Ganhos Assistenciais**

	Nº USF	Utentes Potenciais	Ganhos Assistenciais	Profissionais	Médicos	Enfermeiros	Administrativos
<b>Candidaturas Aceites</b>	226	2.825.985	336.985	4.508	1.597	1.627	1.284
<b>USF em actividade</b>	170	2.092.777	228.516	3.356	1.191	1.213	952

Fonte: PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP, 2009. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32>. (Adaptação)

### **2.4.3 - Avaliação dos Centros de Saúde e das USF**

A Missão para os Cuidados de Saúde Primários encomendou dois estudos ao Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), para avaliar a satisfação dos utilizadores e dos profissionais das USF. Relativamente aos utilizadores das USF, em Maio de 2009 foram publicados os resultados de um Projecto designado “Monitorização da satisfação dos Utilizadores das USF” que tinha como base o questionário “ Qual a sua opinião sobre as unidades de Saúde Familiar (USF) inserido no Projecto Europep, do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC). Os dados foram obtidos através da aplicação dos questionários em Fevereiro de 2009 aos utilizadores das 146 USF constituídas até Novembro de 2008, num total de 12713 respostas. Foram considerados os seguintes aspectos: relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação e organização dos serviços.

Globalmente 39% dos utentes consideraram-se muito satisfeitos e 44,5% bastante satisfeitos, enquanto 13,4% se consideraram pouco satisfeitos e 3,1% nada satisfeitos. Globalmente 87% (Concordo muito - 36,2% e Concordo - 57,5%) recomendariam a USF a amigos. Se compararmos estes valores com os obtidos em 2005 num estudo designado “ A voz dos utilizadores dos Centros de saúde, realizado pela mesma entidade (CEISUC) e onde se questionaram os utilizadores dos centros de saúde convencionais, apenas 61,2% (28,9% -Concordo muito e Concordo - 32,3%) recomendariam o seu médico de família a amigos.

Relativamente à satisfação dos profissionais das USF igualmente em Maio de 2009 foram publicados os resultados de um projecto designado “ Monitorização da Satisfação dos

Profissionais das USF” utilizando o questionário “ Esta USF como seu local de trabalho” inserido no projecto IASP (Instrumentos de Avaliação da Satisfação Profissional) da autoria da CEISUC.

Foram analisadas as respostas realizadas pela internet a 2398 profissionais de 143 USF constituídas até Novembro de 2008. Relativamente à satisfação global 91,2 % responderam que voltariam a trabalhar naquela USF e 95,6% afirmaram ter formação adequada.

## **2.4 - URGÊNCIAS HOSPITALARES**

### **2.4.1 – Definição**

Em 14 de Novembro de 2001 foi aprovada a Rede de Referenciação Hospitalar de Urgência/Emergência por despacho da Secretária de estado Adjunta do Ministro da Saúde, Dr.<sup>a</sup> Cármen Pignatelli. (PORTUGAL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2001).

As Redes de Referenciação Hospitalar foram definidas como sistemas que regulam as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, garantindo o acesso aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, para todos os utentes, e que têm como apoio sistemas integrados de informação institucional. As redes deveriam ser construídas com base nas necessidades da população e tendo em conta a distribuição e rácios de instalações, equipamentos e recursos humanos.

No mesmo documento, Urgências foram definidas como situações clínicas, graves e não graves, de instalação súbita e que podem originar a falência de funções vitais e Emergências foram definidas como situações clínicas de instalação súbita em que existe ou se encontra eminente, a falência de uma ou mais funções vitais.

Tendo em conta as situações urgentes e emergentes que necessitam de referenciação hospitalar para unidades com diferenciação hospitalar que permitem o seu correcto atendimento, foram definidos dois níveis de serviços de urgência: Médico - Cirúrgica e Polivalente.

Contudo, e embora o despacho de 11 de Novembro tenha aprovado as Redes de Referenciação Hospitalar de Urgência /Emergência, continuavam a existir zonas em que o acesso aos Hospitais não se encontrava assegurado. Assim, e por despacho da Secretária de Estado e adjunta da Saúde de 7 de Fevereiro de 2002 foram criadas as unidades básicas

de urgência (UBU), definidas pelo decreto-lei n.º 157/99, de 10 de Maio, e que se encontravam integradas nos centros de saúde, e que tinham como função a prestação de cuidados de carácter urgente a populações em que o acesso à referida rede não se encontrava garantido e funcionando em articulação com a Rede de Urgência/ Emergência. (PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2001)

Paralelamente o Despacho normativo n.º 11/2002, de 6 de Março, criou o Serviço de Urgência hospitalar, enquanto serviço de acção médica.

No mesmo documento, Serviço de urgência foi definido como um serviço de acção médica hospitalar, multidisciplinar e multiprofissional e que tem como objectivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações de urgência e emergência médicas.

De acordo com o American College of Emergency Physicians os Serviços de Urgência são serviços de saúde habilitados para avaliar e tratar situações clínicas de recente instalação e cuja severidade levaria a qualquer indivíduo, não médico, mas com algum conhecimento em medicina ou saúde a considerar que necessitava de cuidados médicos urgentes (ACEP, 2009)

#### **2.4. 2 – Actual Reforma**

Em 2006, considerando a necessidade de garantir a segurança e as boas práticas no atendimento de situações urgentes e emergentes, e paralelamente rentabilizar a capacidade instalada e os investimentos futuros, tornavam necessária a definição técnica das necessidades da rede de urgências. Assim, o Despacho n.º 17736/2006, de 31 de Agosto criou na dependência do ministro da saúde, a Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral com a missão de apoiar o processo de requalificação das urgências e coordenar a sua actividade com as comissões específicas responsáveis por outras intervenções de urgência. De acordo com o mesmo diploma, as características da procura e acessibilidade à rede de urgências sofreram alterações desde que foi criada a Comissão Nacional de Reestruturação das Urgências em 1996, que originou a Rede de Referência das Urgências, consagrada em 2001, exigindo a requalificação da rede existente, através da sua actualização e investimento exigindo a criação de uma comissão técnica de apoio.

Esta comissão elaborou uma proposta de requalificação da rede de serviços de urgência que foi submetida a audição pública a partir de Setembro de 2006 (colocar a proposta nas referências bibliográficas)

Paralelamente, através do despacho n.º 18 459/2006, de 12 de Setembro e verificando-se um desajustamento entre as Redes de Referência Hospitalar anteriormente aprovadas e a realidade existente no terreno, foram definidas as características da rede de serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integravam. No diploma considerava-se uma rede articulada de serviços de urgência assentes em três níveis de hierarquização: Serviço de Urgência Polivalente (SUP), Serviço de Urgência médico-cirúrgica (SUMC) e Serviço de Urgência Básica (SUB), correspondendo a capacidades de resposta distintas para situações urgentes/emergentes, evitando o reencaminhamento dos utentes.

Estes níveis de resposta foram definidos da seguinte forma:

- SUP - nível mais diferenciado de resposta, localizado num Hospital Geral Central ou Centro Hospitalar, dispondo de médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde de acordo com a procura dos serviços de urgência e com as características da população da sua área de influência.
- SUMC - 2º nível de atendimento, localizado de forma a permitir o acesso por via terrestre num período inferior a 60 minutos entre o local do acidente /doença e o Hospital, dentro da sua área de influência. Não deverá estar localizado a menos de 60 minutos de outro SUMC ou de um SUP. Contudo quando a população exceder os 200000 habitantes é possível a existência de um destes serviços num raio de demora inferior. Aplicam-se as mesmas regras do SUP para o provimento de recursos humanos.
- SUB – 1º nível de acolhimento em situações de urgência. Constitui o nível de cariz médico não cirúrgico (á excepção da pequena cirurgia). Poderá localizar-se numa área de influência com uma população superior a 400000 habitantes desde que a acessibilidade a um SUB ou SUMC seja superior a 60 minutos, pelo menos para uma parte desta população. Deverá ter dois médicos e dois enfermeiros em presença física e um auxiliar de acção médica e um administrativo, por equipa.

Em resultado da discussão pública do relatório da comissão técnica para a requalificação da comissão técnica de apoio de requalificação da rede de urgência geral é publicado o despacho 727/2007 que actualiza a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde e altera o despacho n.º 18459/2006.

Em 17 de Janeiro de 2007 foi apresentado o relatório final da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, no qual se assumem os objectivos de melhorar a qualidade e a acessibilidade no tratamento de situações urgentes e emergentes bem como equidade no acesso e racionalização de recursos.

A proposta final contou com a colaboração da Direcção Geral da Saúde (DGS), Administrações Regionais de Saúde (ARS), Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) e a Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares.

Considerando as propostas da Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação da Rede de Urgência Geral, que se baseiam na requalificação e distribuição geográfica dos pontos de urgência, classificados em 3 níveis: SUMC; SUP e SUB, o despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro, define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da rede de referência urgência/emergência. Contudo, considera-se que poderão ser necessários ajustamentos posteriores de forma a assegurar uma cobertura racional e eficiente em termos de recursos humanos e unidades de saúde.

#### **2.4. 3 – Serviços de Atendimento Permanente (SAP)**

Os Serviços de Atendimento Permanente foram criados pelo despacho normativo n.º 97/83, de 24 de Abril, onde foram definidos como um serviço destinado para situações urgentes que ocorrem ao centro de saúde por iniciativa própria ou por recomendação médica, procedendo-se ao seu encaminhamento para cuidados diferenciados sempre que necessário.

A missão para os Cuidados de Saúde Primários nas linhas de Acção Prioritárias para o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários, considerou que nos últimos anos o desenvolvimento de SAP e afins, tais como SASU, SADU, CATUS, etc, tiveram um desenvolvimento exponencial que correspondiam a falhas de resposta dos serviços adequados, retirando profissionais dos seus locais habituais e prejudicando o normal funcionamento dos serviços de saúde. Assim, com os objectivos de promover a acessibilidade do utente ao seu médico de família/USF, responder eficazmente a situações de urgência/emergência em meios isolados e possibilitar o atendimento a horas incómodas, foram determinadas, entre outras medidas, a avaliação pelas direcções dos Centros de Saúde até 31 de Março de 2006, de todos os SAP e afins, contando com a orientação das ARS em colaboração com a MCSP e o Grupo de trabalho para a reestruturação dos serviços de urgência. Paralelamente, seria da responsabilidade dos Centros de Saúde, a promoção da recentragem do atendimento programado, ou não, na actividade do médico de

família, de acordo com os recursos existentes. As situações de doença aguda/urgente seriam assumidas pela USF, durante o horário contratualizado para o seu funcionamento em complementaridade com as UBU ou estruturas semelhantes.

O Gabinete do Ministério da saúde realizou um Estudo sobre o eventual impacto nas urgências hospitalares do encerramento nocturno de SAP publicado em 18 de Maio de 2007 (PORTUGAL, MINISTERIO DA SAUDE, 2007).

Verificou-se que o aumento das urgências para os Hospitais do Serviço Nacional de Saúde foi de 3,6% entre 2004 e 2005 e 1,5 % entre 2005 e 2006.

Como conclusões do estudo refere-se não haver uma relação directa entre o encerramento nocturno dos SAP e a procura das Urgências Hospitalares.

De facto, nos Hospitais da Universidade de Coimbra e Centro Hospitalar de Coimbra e numa primeira análise verificou-se um aumento na procura das urgências, contudo e de acordo com dados da ARS os doentes que mais contribuíram para o aumento da utilização das urgências hospitalares, nocturnas, não eram provenientes das freguesias onde houve encerramento nocturno de SAP. No Hospital Distrital da Figueira da Foz e Vila Franca de Xira observou-se uma diminuição da procura hospitalar no 1º trimestre de 2007 em comparação com os dois anos anteriores e nos Hospitais de Beja e Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio verificou-se um aumento da procura das urgências, que foi maior relativamente a 2005 do que a 2006.

Para os Hospitais em que não existiam SAP 24 horas, mas em que houve restrição de horário para o atendimento não programado, verificou-se que no 1º trimestre de 2007, no Hospital de Viseu, houve um aumento da procura das urgências hospitalares relativamente a 2006, mas não a 2005, no Hospital de Aveiro houve um aumento da procura relativamente aos dois anos anteriores e uma diminuição da procura no Hospital de Santa Maria da Feira.

No Hospital de Leiria observou-se um aumento mais forte relativamente a 2005 do que a 2006 e nos Hospitais da Guarda e de Évora verificou-se um aumento na procura da urgência hospitalar.

## **CAPITULO III - ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **3.1 - Utilização das Urgências Hospitalares**

Em Portugal, o médico de família é o primeiro ponto de contacto entre o utente e o Serviço Nacional de Saúde, o qual só poderá ser utilizado após o registo num centro de saúde e atribuição de um médico de família, quando disponível, existindo contudo várias formas de contornar o sistema. (BISCAIA, et al, 2008).

O sistema de gatekeeping exercido pelos médicos funciona de forma incorrecta devido a várias falhas. Por um lado o acesso aos serviços de urgência não tem restrições, por outro lado, os utentes que beneficiam de alguma forma de seguro ocupacional tem acesso directo aos hospitais. (OLIVEIRA. PINTO, 2005).

Igualmente, os doentes utilizam intensivamente as urgências hospitalares em detrimento dos CSP, revelando o papel do hospital como ponto central da prestação dos cuidados de saúde. De facto, um sem nº de exames pode ser obtido em poucas horas levando a uma sobrelotação com uso inadequado de recursos e aumento dos custos. Existem taxas de utilização nos serviços de urgência que parecem não afectar a utilização dos mesmos. (BARROS, SIMÕES, 2007).

Ao mesmo tempo o atendimento para situações não urgentes recebe muitas vezes tratamento inadequado por vários motivos: dificuldade no controlo de doenças crónicas, aplicação de tratamentos e terapêuticas próprias de situações agudas a situações crónicas, impossibilidade de realizar uma abordagem global do doente, falsas tranquilizações que não resolvem o problema, impossibilidade dos técnicos seguirem o doente e verificarem quais as consequências do tratamento, dificultando o seu desenvolvimento profissional, dificuldades em tratar o doente com multipatologia e impossibilidade de construir uma relação medico/doente. (PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2001).

Bernstein, et al (2008), numa revisão de literatura entre 1989 e 2007 e utilizando resultados de estudos de caso e estudos de cohort onde se analisou o efeito da sobrelotação das urgências nos outcomes clínicos, verificaram que aparentemente existe uma associação entre mortalidade e sobrelotação. De facto, a capacidade de tratar atempadamente doentes com situações cujo tratamento é mais sensível ao tempo como a pneumonia e o consequente atraso na administração de antibióticos pode comprometer dois factores associados com a qualidade: segurança e tratamento atempado. Assim, e embora haja

necessidade de documentar melhor estes efeitos adversos os autores verificaram ser necessário mitigar ou eliminar os efeitos da sobrelotação na qualidade dos cuidados prestados.

Em Espanha existe igualmente a preocupação com o aumento na procura dos serviços de urgência, comparativamente com outros cuidados de saúde. Num cenário, semelhante ao português, em que existe um Serviço de Saúde Nacional, os preços monetários são nulos e os clínicos gerais funcionam como gatekeepers dos serviços de especialidade embora nas urgências o contacto seja iniciado pelo doente o nº de altas imediatas na urgência aumentou em Espanha de 64,4 por 1000 habitantes em 1981 para 296,8 em 1991, ou seja multiplicou 4,6 vezes em 10 anos. As unidades de urgência estão a tratar doentes cada vez menos complexos e menos severos embora disponham de equipamento tecnológico sofisticado. Existe uma variação regional na utilização das urgências (PUIG-JUNOY, SAEZ, MARTÍNEZ-GARCIA, 1998)

Assim, os autores consideram que provavelmente a qualidade percebida das urgências hospitalares é maior do que a qualidade percebida dos CSP. De facto, em Espanha os CSP foram considerados como pouco satisfatórios, este factor aliado ao facto de o preço no acto do consumo ser zero, pode determinar a preferência das urgências hospitalares.

Por outro lado, Puig-Junoy, Saez, Martínez- Garcia, (1998) quando estudaram os factores que determinam a preferência na utilização das urgências hospitalares verificaram que a elasticidade das urgências relativa ao tempo de espera dos clínicos gerais é bastante elevada, revelando que os cuidados de saúde de urgência são substitutos dos clínicos gerais e dos especialistas nas visitas iniciadas pelos utentes. Assim, uma redução de 10% no tempo de espera do clínico geral poderia provocar uma diminuição de 20,4% na procura de urgências.

Igualmente, num estudo realizado em 2005 por Lourenço e Ferreira, e no qual se pretendia determinar os efeitos do custo do tempo e outros determinantes na utilização dos centros de saúde em Portugal, verificou-se haver uma associação entre um adiamento da data de consulta para um clínico geral e a diminuição da utilização dos centros de saúde. Assim, e considerando uma utilização excessiva dos serviços de urgência resultantes de falhas no sistema de gatekeeping existente em Portugal e da falta de resposta dos cuidados de saúde primários, os autores consideraram que um aumento da oferta por parte dos centros de saúde poderia diminuir o tempo de espera para marcação de uma nova consulta e dessa forma reduzir a procura dos serviços de urgência.



### 3.1.1 - Utilização inadequada

No documento das redes de referência hospitalar de Urgência/ Emergência, de 2001, já se considerava o problema associado à utilização das urgências hospitalares como porta de entrada do SNS português, potenciando o uso desnecessário de recursos humanos e financeiros e condicionando o funcionamento regular dos serviços de urgência. Considerou-se que em 1999 dos 11 174 959 urgências, 50% correspondiam a situações que não necessitavam de cuidados urgentes, tendo como consequência uma diminuição da qualidade de atendimento para as situações realmente urgentes, resultantes do desvio de recursos humanos e dificuldades de especialização dos mesmos. (PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE.DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE, 2001)

Contudo, num estudo realizado no Hospital de S. João no Porto, verificou-se que a utilização inadequada era apenas de 31,3% o que poderá estar relacionado com os critérios utilizados na classificação de inadequação. De facto, neste estudo, a utilização dos serviços de urgência era considerada adequada desde que resultasse em hospitalização, morte no serviço de urgência, ou de acordo com critérios explícitos justificados com determinados testes diagnósticos realizados. (PEREIRA et al, (2001).

Os próprios autores reconhecem a dificuldade em classificar a procura de urgência como adequada, ate porque o facto de se terem realizado testes diagnósticos que poderão ser mais tarde repetidos noutra tipo de cuidados., pode favorecer a duplicação dos custos.

Assim, a sobrelotação das urgências, e em particular a utilização inadequada, é um problema bastante recorrente, tendo originado vários estudos em diversos países. No sentido de medir a prevalência da utilização inadequada das urgências hospitalares e factores associados, Carret, Fassa e Domingues (2009) realizaram uma revisão sistemática da literatura, onde foram analisados 31 artigos publicados nos últimos 12 anos posteriores a 1995, e que eram provenientes de todo o mundo: América do Norte (7), Europa (8), América Central (1), Oceânia (1), China (3), América do Sul (2).

Os autores verificaram que os resultados eram bastante díspares. A prevalência de uso inadequado variava entre 10% e 90% e em metade dos estudos entre 24 a 40%. Verificou-se igualmente que os critérios de classificação de utilização inapropriada variavam, podendo determinar as variações nos resultados encontrados. Os critérios de classificação podiam considerar a perspectiva do utente, tipo de testes diagnósticos efectuados, tratamento efectuado apenas disponível na urgência, risco de morte ou órgão vital afectado, sistema de triagem utilizado no hospital, etc.

Assim, Carret, Fassa e Kawachi, (2007) utilizando o Hospital Urgencies Appropriateness Protocol (HUAP), que classifica os utentes de acordo com critérios de severidade, tipo de tratamento recebido, diagnóstico, etc , para classificar a utilização inadequada num serviço de serviço de urgência em Pelotas( Brasil), obtiveram um resultado de 24,2% de inadequação.

Resultados semelhantes foram encontrados por Afilalo et al (2004) que obtiveram um resultado de inadequação de 25%. Os autores estudaram 5 serviços de urgência no Quebec (Canadá), utilizando como critério o Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) que utiliza uma escala de 1 a 5 em que 1 representa uma situação que necessita de assistência médica imediata ou ressuscitação e o 5 representa uma situação não urgente que pode aguardar até 2 horas para ser atendida. Os doentes classificados como 5 foram considerados não urgentes e a sua utilização dos serviços de urgência como inadequada.

Contudo, Carret, Fassa e Domingues, (2009), citando resultados encontrados por Gill et al, (1996), verificaram que inadequação podia variar entre 37% a 91% de acordo critérios diversos tais como classificação do profissional, existência de risco de morte ou necessidade de tratamento urgente nas próximas horas com risco de lesões graves.

Assim, a utilização inadequada das urgências embora varie de acordo com os critérios de classificação utilizados, é um problema comum a vários sistemas de saúde e que originou vários estudos para determinar os motivos associados a estes comportamentos.

### **3.1.2 - O modelo de Andersen**

Um modelo frequentemente utilizado para justificar o uso dos serviços de saúde e igualmente utilizado para explicar a utilização das urgências hospitalares, foi o modelo de Andersen.

Este modelo conceptual de utilização dos serviços de saúde (Behavioral Model of Health Services), “revisitado” em 1995 num artigo designado “Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?”, foi inicialmente desenvolvido no final da década de 60 do século passado, por Ronald Andersen (ANDERSEN, 1995) .De acordo com o autor o modelo foi inicialmente desenvolvido para explicar o uso dos serviços de saúde pelas famílias e para definir, medir e ajudar a desenvolver políticas que promovessem a equidade no acesso aos serviços de saúde. Porém, posteriormente a unidade de análise deixou de ser a família e passou a ser o indivíduo, porque devido a diferenças existentes entre os elementos que compõem uma família é mais fácil associar ao indivíduo características da sua família do que considerar a saúde da família como um todo.

De acordo com o modelo comportamental de Andersen, a utilização dos serviços de saúde é resultado da combinação de vários factores: factores que habilitam, factores que predispoem e necessidades. Os factores que predispoem são factores demográficos tais como idade e género (representam a probabilidade dos indivíduos necessitarem de utilizar serviços de saúde), a estrutura social (nível de saúde do ambiente social, status social, etnia, educação, habilidade de lidar com os problemas e resolve-los,) e valores e crenças (atitudes, valores e conhecimento acerca da saúde e dos serviços de saúde), que influenciam a sua percepção acerca das suas necessidades e a utilização dos serviços de saúde. Mais recentemente o autor também considerou a importância dos factores genéticos e das características psicológicas, tais como disfunções mentais e autonomia como factores que predispoem. Relativamente aos factores que habilitam, Anderson, considerou ser necessária a presença simultânea dos factores que habilitam comunitários (serviços de saúde e os profissionais disponíveis) e pessoais (capacidade de utilização e conhecimento acerca do funcionamento dos serviços) para que haja utilização dos serviços de saúde. Entre estes factores estão o rendimento, seguro de saúde, prestador regular de cuidados de saúde, tempos de deslocação e de espera, etc. São também considerados factores que habilitam o tipo de serviços de saúde disponíveis e as relações sociais.

As necessidades incluem a auto-percepção do estado de saúde, forma como as pessoas experienciam a doença e se consideram que o seu estado de saúde necessita de cuidados profissionais.

Os factores que predispoem, habilitam e a necessidade, tem diferentes importâncias na utilização de acordo com o tipo de serviço de saúde. Assim para a utilização dos serviços hospitalares as características demográficas e a necessidade tem maior importância, enquanto para os cuidados dentários estariam mais relacionados com a estrutura social, crenças e factores que habilitam e nos cuidados de ambulatório todos os elementos do modelo deverão ser considerados.

Pode-se considerar que existe equidade no acesso quando os factores demográficos e as necessidades determinam a variação na utilização e iniquidade quando a estrutura social, os valores e as crenças e os factores que habilitam tais como o rendimento, determinam quem obtém cuidados de saúde. Contudo os factores associados à equidade variam de acordo com o tipo de cuidados de saúde. Por exemplo o rendimento pode ser utilizado como um preditor na utilização de cirurgia cosmética e um factor determinante de iniquidade de utilização nos cuidados materno-infantis. Assim, as variáveis que explicam a utilização são mutáveis, embora os factores demográficos (idade, género) e a estrutura social (etnia) não se possam sofrer alterações para promover mudanças na utilização dos serviços de saúde. O modelo posteriormente teve várias alterações. No 2º modelo incluiu-se o sistema de saúde devido a importância das políticas nacionais de saúde na organização dos serviços e

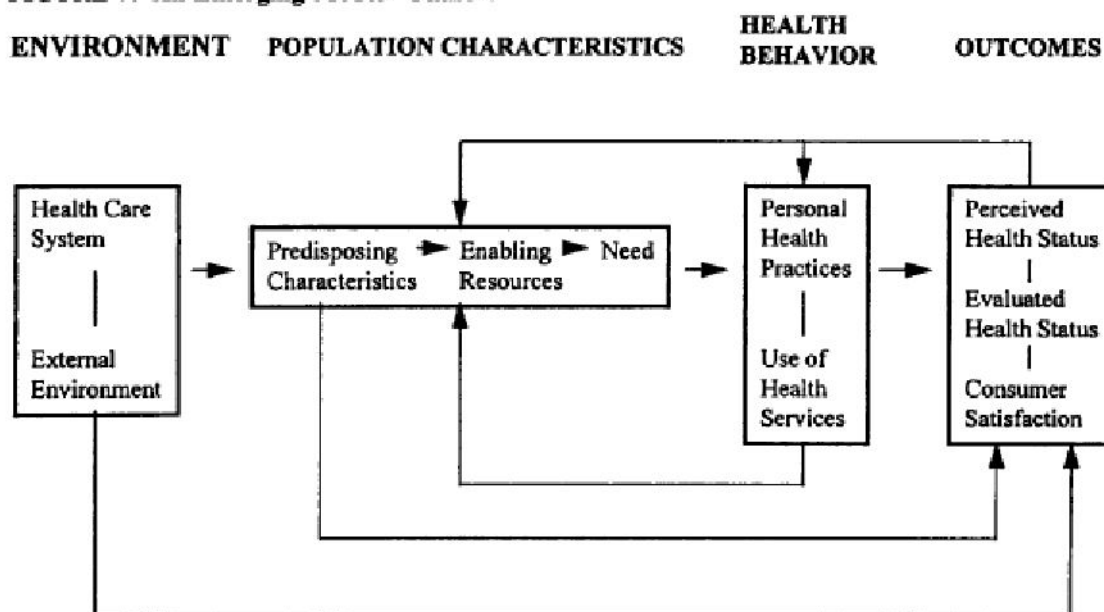
nos recursos disponíveis determinando o padrão de utilização dos serviços. Incluiu também a medida da utilização dos serviços de saúde (tipo de cuidados, local, motivo) e a satisfação dos utentes como outcome da utilização dos serviços.

A 3ª fase do modelo reconhece os factores externos (físicos, políticos e económicos) como inputs que explicam a utilização dos serviços e reconhece as práticas individuais tais como a dieta, o exercício, etc., como factores que interagem com a utilização dos serviços e influenciam os resultados obtidos. A medição dos outcomes possibilita avaliar a efectividade do acesso, quando a utilização melhora o estado de saúde ou a satisfação, e a eficiência do acesso pode ser avaliada quando o estado de saúde ou a satisfação aumentam proporcionalmente à quantidade de serviços consumidos.

Na 4ª fase (modelo emergente), Andersen considera as múltiplas influências da utilização dos serviços na saúde dos indivíduos e que os resultados obtidos influenciam os factores que predispõem, as necessidades percebidas e os comportamentos. O modelo necessita de estudos mas poderá ser explicativo dos comportamentos em saúde e ser determinantes na formulação das políticas de saúde.

**Figura 1 – Modelo de Andersen - 4ª Fase**

**FIGURE 7. An Emerging Model—Phase 4**



Fonte: ANDERSEN, R. – Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behaviour**. 36 (Mar 1995) 1-10.

### **3.1.3 - Utilização das Urgências e Acesso aos CSP**

McCusker, et al (2003), realizaram uma revisão sistemática da literatura de 14 estudos publicados em inglês ou francês, utilizando o modelo de Andersen modificado, para verificar os determinantes de utilização dos serviços de urgências por idosos. De acordo com este modelo, as medidas das necessidades auto percebidas e as avaliadas prevêm a utilização dos serviços de urgência. Os autores verificaram que em 4 estudos, um estado de saúde auto percebido como pobre, era determinante da utilização dos serviços de saúde. No caso de estados de saúde avaliados clinicamente como doença cardíaca, diabetes, etc., eram igualmente preditores de utilização.

Relativamente as crenças tais como ter confiança nos médicos aumentavam a utilização dos CSP e diminuía a utilização dos serviços de urgência. Os factores que predispõem e habilitam que promovem o acesso aos cuidados de saúde primários estão associados a uma diminuição da utilização dos serviços de urgência. Assim, e de acordo com os autores, se o acesso for equitativo, as necessidades deverão ser o único determinante da utilização das urgências e os factores que predispõem e habilitam deverão apenas representar uma pequena variação na procura das urgências.

Afilalo, et al, (2004), com o objectivo de descrever os motivos que levaram os doentes não urgentes a procurarem os serviços de urgência em vez dos cuidados de saúde primários utilizaram igualmente uma adaptação do modelo de Anderson. Assim, os factores determinantes foram agrupados em três categorias: factores que habilitam, que predispõem e necessidades. Relativamente aos factores que predispõem verificaram que os doentes classificados como não urgentes eram mais jovens e apresentavam menor probabilidade de morarem sozinhos, apresentavam igualmente menos comorbilidades e maior acesso durante o dia, não necessitando de estadias prolongadas. Quanto ao género, nível de educação e estado marital, ser emigrante ou status profissional não apresentavam diferenças entre os dois grupos.

Relativamente aos factores que habilitam os utilizadores não urgentes tinham menor probabilidade de se apresentarem fora de horas (4 às 8 da manhã). A maioria dos doentes era seguido por um clínico geral, mas apenas uma pequena percentagem tentou contactá-lo.

Quanto às necessidades os motivos que determinavam a utilização das urgências hospitalares eram: dores abdominais (11%) e dores torácicas (11%), nos doentes urgentes e dores nas extremidades ou trauma 21% e follow up nos doentes não urgentes.

Relativamente as barreiras aos CSP os doentes não urgentes não tentaram contactar o clínico geral por motivos agrupados em 6 categorias: factor relacionado com a acessibilidade (32%), tinham sido referenciados para a urgência por um médico (20%), familiaridade (11%), necessidade (achavam que a sua condição necessitava de tratamento urgente);( 22%) ,confiança( 7%) e sem motivo apresentado ( 7%). Para os autores a utilização dos serviços de urgência para situações não urgentes tinham como maior problema a sobrelotação e dificuldades dos doentes em obterem cuidados com continuidade.

Se verificarmos a utilização das urgências tendo em conta os factores referidos anteriormente, Carret, Fassa, Domingues, (2009), numa revisão de literatura de 31 artigos de diversos países, verificaram que eram sobretudo as mulheres, indivíduos sem comorbilidades, sem médico assistente e sem um prestador de cuidados regular, e indivíduos não referenciados por um médico, os que apresentam maior probabilidade de estarem associados com uma utilização inadequada. Observou-se igualmente, em consonância com os resultados encontrados por Afillalo e tal, (2004), que o uso inapropriado também está associado com dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários (dificuldades de agendamento de consulta, longos períodos de espera para ser atendido no centro de saúde e curtos períodos de funcionamento). Assim, os autores sugerem que os cuidados de saúde primários necessitam de realizar uma triagem eficaz que permita atender rapidamente os casos urgentes. Os doentes deveriam igualmente ser alertados das situações em que devem utilizar os serviços de urgência e para os inconvenientes de utilizarem os mesmos para situações não urgentes.

Carret, Fassa, Kawachi, (2007), verificaram que os factores associados a utilização inadequada variavam com a idade. Os doentes mais idosos tinham percentagens mais elevadas de utilização inadequada do que os mais jovens e os factores que potenciavam o uso inapropriado eram a falta de suporte social e de doenças crónicas.

A utilização inadequada era maior no turno da manhã. Nos doentes mais jovens, o uso inadequado era maior nas mulheres, em indivíduos que não conseguiam obter marcação de consulta em mais nenhum local, em indivíduos que referiam que os seus prestadores de CSP tinham um horário mais reduzido (apenas 20,3% dos utilizadores não urgentes referiam que a sua “clínica de CSP” se mantinha aberta no horário nocturno), nos indivíduos, cujos clínicos gerais se recusavam a atender sem marcação prévia e nos indivíduos que não tinham sido referidos por um profissional de saúde.

Dos indivíduos que tinham necessitado de medicamentos na última consulta nos CSP, apenas metade tinha conseguido obter esses medicamentos e os que referiram que necessitavam de realizar exames, 35 % tinham de esperar 30 dias ou mais para os

realizarem e, dos doentes que tinham sido referidos pelo médico dos CSP para o especialista, 28 % tinham de aguardar mais de 30 dias por uma consulta.

Curiosamente, 72,1% tinham um local definido para receberem cuidados de saúde, e 28% tinham médico, mas apenas 13,7% tinham sido referidos por um.

Assim, os autores sugerem que no sentido de diminuir a utilização inadequada, o acesso aos cuidados de saúde primários e secundários necessita de ser melhorado sendo importante promover o apoio social a idosos, melhorar as relações entre os diferentes tipos de cuidados. Sugerem que a educação é um factor essencial para que os indivíduos utilizem correctamente os serviços de saúde, além de consciencializar para os problemas associados a utilização das urgências como o prestador primário de cuidados.

Rust, e tal (2008) verificaram igualmente que as mulheres apresentavam maior probabilidade de visitar as urgências, bem como os adultos mais idosos e indivíduos, com rendimentos mais baixos, e níveis de educação inferior e Indivíduos com um pior estado de saúde. Os que tinham reportado pelo menos uma barreira de acesso aos CSP apresentavam maior probabilidade de utilizar as urgências. Assim, e embora muitos indivíduos referissem ter uma fonte regular de cuidados, o facto de existirem barreiras no acesso a cuidados atempados aumenta a probabilidade de utilizar as urgências. Essas barreiras incluíam longos tempos de espera no consultório médico, marcações limitadas e dificuldades de contactarem o médico telefonicamente, dificuldade de obter uma consulta numa situação de doença aguda. Assim, concluem que ter acesso atempado a cuidados é mais determinante na utilização das urgências, do que ter uma fonte regular de cuidados. O risco de utilização das urgências em indivíduos com barreiras de acesso a cuidados primários atempados é mais elevado para todos os adultos, e maior para indivíduos sem seguro ou com pior estado de saúde. Sugerem que uma melhoria no acesso tal como uma “consulta aberta” open access schedule”, poderia ser benéfico para os indivíduos e reduziria o excesso de visitas as urgências hospitalares. Promover o acesso a cuidados primários de forma contínua, poderia diminuir o uso inadequado das urgências.

Assim, verifica-se que a utilização inadequada das urgências hospitalares está associada com diversos factores. Utilizando o modelo de Andersen existem factores que predis põem (idade, sexo, nível educacional), as necessidades (estado de saúde avaliado clinicamente ou auto-percepcionado como débil), e os factores que habilitam, tais como as barreiras no acesso aos cuidados de saúde primários. Resultantes semelhantes foram obtidos por outros estudos nos quais não se utilizou explicitamente o modelo de Andersen.

### **3.1.4 - Continuidade dos Cuidados**

Com o objectivo de verificar o efeito da continuidade de Cuidados na Utilização das Urgências em 11474 utentes do Medicaid em Delaware , (EUA), Gill, Mainous e Nsereko, 2000) verificaram que uma continuidade na prestação de cuidados está associada a uma fraca utilização das urgências.

De facto, quando existe uma continuidade de cuidados é mais provável que o médico conheça o estado de saúde do doente, as suas preferências de tratamento. Existe também uma cumplicidade e confiança nos diagnósticos. Ou seja, verificaram que não está em causa o ter ou não um prestador, mas sim a regularidade ou continuidade de cuidados, Contudo uma das limitações do estudo foi que utilizaram apenas utentes do Medicaid.

Num outro estudo (SCHOEN, et al, 2007), realizado em 7 países (Austrália, Canada, Alemanha, Holanda, Nova Zelândia, Reino Unido, e Estados Unidos da América) verificaram que ter uma prestação de cuidados regular acessível estava associado com melhores resultados.

Assim, utilizando o exemplo do acesso aos cuidados de saúde primários considerado como “ pobre” no Canada e EUA, os indivíduos apresentavam maior probabilidade de terem utilizado o serviço de urgências nos últimos 2 anos, ter múltiplas visitas e referir que utilizaram as urgências para situações que poderiam ter sido resolvidas pelo seu médico, se tivessem um disponível.

De facto, ter um prestador regular poderia igualmente contribuir para melhorar o tratamento de doenças crónicas e obter melhores resultados em saúde.

Contudo, Weber et al, (2005) verificaram que o uso das urgências hospitalares não está apenas associado a ter um seguro de saúde ou uma fonte regular de cuidados de saúde, mas sim ter acesso a esses cuidados. Ou seja, conseguir desenvolver estratégias que permitam melhorar a prestação de cuidados.

Dos estudos anteriores verifica-se que não é apenas suficiente ter um prestador regular de cuidados associado a uma continuidade dos mesmos para obter melhores resultados em saúde e uma menor utilização dos serviços de urgência. O acesso eficaz a esses cuidados deverá igualmente ser facilitado.



### 3.1.5 - Educação e Preferências

Outro factor associado à utilização das urgências e estudado por (Koziol- McLain, et al 2000) está associado às preferências dos utentes.

Neste estudo, os doentes que não possuíam um seguro de saúde e que não possuíam uma situação clínica urgente procuravam as urgências devido a diversos factores: não conseguirem suportar os sintomas por mais tempo, sintomas que não aliviam após auto-tratamento, quando a dor se torna mais forte impedindo o sono e provoca absentismo laboral. Em algumas situações, amigos e familiares eram utilizados como suporte e aconselhamento e como único recurso disponível. Assim, verificaram que nestes indivíduos o recurso a urgência estava muitas vezes associado com o sofrimento, e representava um pedido de ajuda. Ou seja, os doentes apresentavam problemas psicológicos, disrupturas familiares, falta de suporte social, etc., que eram mais complexos do que o problema físico apresentado e consideravam que o tratamento que tinha recebido era de boa qualidade, ficando bastante satisfeitos.

Referem outros estudos onde se verificou existirem outros problemas, além dos relacionados com a patologia clínica e que é necessário desenvolver os serviços ou reformular os serviços de urgência de forma a satisfazer estas necessidades.

Com o objectivo de mudar o padrão de utilização dos cuidados de saúde dos serviços de urgência para outro tipo de cuidados não urgentes e menos dispendiosos, é efectuado um planeamento de serviços sem considerar as preferências dos doentes. Verificaram igualmente que 67% não tinham acesso aos CSP.

Boushy e Dubinsky, (1998) analisaram a perspectiva do utente acerca dos motivos que levaram à procura dos serviços de urgência e que estavam relacionados com o seu médico de família, tendo verificado que a relação entre o médico de família e o doente era determinante na auto-percepção da doença e no uso dos serviços de urgência.

De facto 93% tinham médico de família e 76% consideravam que os médicos de família não educavam os doentes acerca das situações que situações necessitavam de cuidados urgentes ou no serviço de urgência. 54% consideravam que o seu medico de família não os informava acerca dos serviços prestados no centro de saúde tais como pedidos de exames complementares de diagnóstico, sutura de lacerações, etc. Procuravam a urgência porque era mais conveniente os clínicos gerais e consideravam que os clínicos gerais deveriam ter maior flexibilidade de horário.

Apenas 23% consideraram que o seu estado de saúde necessitava de tratamento no serviço de urgência e 90% não teriam consultado serviço de urgência se soubessem que o medico de família poderia resolver o seu problema. Porém 44% tinha tentado contactar o seu médico de família antes de procurarem o serviço de urgência.

Os autores consideram que os médicos de família devem ter um papel mais activo na educação dos doentes acerca da utilização dos serviços de urgência e dos serviços que eles têm para oferecer. Podem contudo existir problemas na educação do doente por parte do médico, ou problemas do doente para assimilar a informação.

Contudo, DeSalvo et al, (2000) quando tentaram verificar se a intervenção na educação dos doentes no sentido de utilizarem os CSP em detrimento das urgências seria eficiente, verificaram dificuldades em alterar os comportamentos dos utentes. De facto, tendo observado que 90% das visitas ao serviço de urgência poderiam ter sido atendidas por um prestador de CSP, e verificando que os utentes não sabiam que um médico estava sempre de chamada para responder a questões fora de horas e que existia uma “walk in clinic” os autores tentaram promover formas de educar os utentes e desincentivar a utilização da urgência. Contudo, os utentes previamente informados acerca das opções às urgências, inicialmente alteravam os seus comportamentos para ao fim de um curto período de tempo voltarem a repetir os comportamentos iniciais. Assim, os autores concluem que as campanhas para educar os doentes podem não ser eficientes, sugerindo adaptar o sistema ao doente e não o inverso.

Educar os indivíduos para uma utilização correcta das urgências, alertando-os para as consequências de comportamentos de utilização inadequada poderá contribuir para uma diminuição da mesma. Contudo, existem preferências dos utentes que deverão ser consideradas para que estas “campanhas” sejam eficazes. Os serviços deverão igualmente adaptar-se para que as necessidades dos doentes sejam satisfeitas.

### **3.1.6 – Utilizadores Frequentes**

Um problema identificado e referido por vários estudos está associado com a utilização frequente dos serviços de urgência. Em vários estudos os utilizadores frequentes têm sido descritos como aqueles que realizam 4 ou mais visitas anuais (Olsson e Hansagi, 2001; Hansagi, et al, 2001, Byrne e tal, 2003), contudo (Blank et al, 2005) descreveu os utilizadores frequentes, por razões de conveniência no tamanho da amostra como os que realizaram 12 ou mais visitas.

De facto, trata-se de um problema relevante se considerarmos que num único hospital de Massachusetts, apenas 234 utentes representaram 4633 visitas às urgências hospitalares (Blank e tal, 2005) e que num Hospital de Huddinge, (Suécia) 4% dos utilizadores eram utilizadores frequentes, que representavam 18% do total das visitas (HANSAGI e tal, 2001).

Oliveira, (2008) num estudo dos Hiperutilizadores da unidade de urgência do Hospital de Espinho verificou que 11% dos utentes representaram 33% das visitas da unidade de urgência no ano de 2006.

Relativamente as características dos utilizadores frequentes, Olsson e Hansagi, (2001) tentaram perceber os motivos inerentes à utilização das urgências do ponto de vista do utente, tendo entrevistado indivíduos que utilizaram o serviço de urgências, num hospital sueco, entre 6 a 17 vezes. Os doentes perceberam a sua condição ou dor como ameaça à sua vida ou perda de autonomia e não consideraram como inadequado o facto de terem recorrido as urgências hospitalares. Revelaram também precariedade social embora nenhum fosse sem-abrigo ou sem recursos de sobrevivência. Revelaram circunstâncias de vida adversas e problemas psicológicos ou abuso de álcool e outras substâncias. Nenhum dos participantes referiu dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários. Assim os autores sugerem particular atenção a este tipo de doentes e uma coordenação de serviços médicos, sociais e psiquiátricos.

Byrne et al, (2003) num estudo realizado na Irlanda verificou que 82% dos utilizadores frequentes tinham baixos rendimentos económicos e apresentavam maior nível de problemas psicológicos, utilização de drogas e álcool e baixos níveis de suporte social.

Os utilizadores frequentes das urgências são também grandes utilizadores dos serviços de clínica geral (12 visitas anuais em média), e outros serviços hospitalares. Os utilizadores frequentes “visitaram” outros hospitais e ficaram um maior nº de noites no hospital do que os não frequentes. Assim concluíram que os utilizadores frequentes das urgências complementam e não substituem esta utilização com um uso excessivo de serviços de cuidados de saúde primários e hospitalares. Esses resultados estão de acordo com os encontrados num estudo sueco (Hansagi et al, 2001) acrescentando o resultado de que os utilizadores frequentes também utilizam outros serviços de cuidados primários tais como assistentes sociais, aconselhamento de dependências e psiquiatrias. 84% Dos utentes frequentavam a urgência, mesmo tendo acesso gratuito a CSP. Contudo, no estudo de Hansagi, et al (2001), os utilizadores frequentes apresentavam elevados níveis de mortalidade podendo estar associados a estados de saúde mais deficitários e necessidades especiais.

Num estudo realizado por Blank et al, (2005) os autores verificaram igualmente que os utilizadores frequentes utilizaram frequentemente os cuidados ambulatoriais, 74% utilizaram clínicas afiliadas com o hospital e 15% utilizaram essas clínicas pelo menos uma vez por mês, este resultado está de acordo com outros estudos que os grandes utilizadores das urgências utilizam igualmente outro tipo de cuidados com maior frequência.

84% tinham seguro e 93,2% tinham um prestador de cuidados de saúde primários comparativamente aos “fracos” utilizadores nos quais apenas 76,1 % tinham um prestador privado . Os utilizadores frequentes das urgências, também são grandes utilizadores de outro tipo de cuidados de ambulatório. A maioria dos utilizadores frequentes tinham casa, amigos ou familiares e uma igreja ou religião. Contudo 88% eram desempregados ou muito velhos ou muito jovens para terem emprego.

O acesso aos cuidados dos utilizadores frequentes era melhor do que o dos utilizadores comuns porque apresentavam uma maior cobertura de seguro e tinham acesso a um prestador de cuidados de saúde primários mais disponível do que os não frequentes.

Porém quando analisando os dados, os utilizadores frequentes apresentavam uma menor cobertura de seguros do que os utilizadores comuns e os utilizadores frequentes tinham uma maior cobertura da Medicaid. Contudo poderão existir outros problemas associados, nomeadamente será que os doentes com seguros privados tem dificuldades de acesso nos doentes com seguros privados, e possivelmente nem todos os prestadores privados aceitam segurados do Medicaid. Igualmente as clínicas às quais pertencem os utilizadores frequentes poderão estar abertas apenas num determinado horário.

Os utilizadores frequentes apresentavam essencialmente situações relacionadas com dor (27%) tais como: Cefaleias e enxaquecas, dores abdominais, mialgias, neuralgias dores articulares, etc. Se adicionarmos todas as patologias associadas com a dor tais como dores torácicas e enfarte agudo estas representam 46% do total.

Após apresentação dos resultados os doentes com patologias associadas com a dor de sickle cell (7 % dos utilizadores) foram medicados com medicamentos para combater as dores. A dor era responsável pela maior parte das queixas.

Oliveira, (2008) verificou igualmente que não foi a falta de acesso aos CSP que determinou a utilização das urgências por parte dos hiper utilizadores, mas sim a percepção de que o seu estado de saúde, devido a ser recorrente, exige cuidado urgente.

Assim, dos estudos anteriores conclui-se que os utilizadores frequentes são também grandes utilizadores de outro tipo de cuidados, nomeadamente CSP não estando em causa ter um prestador de cuidados, mas sim outros determinantes tais como as preferências dos utentes, factores psicossociais e auto-percepção do estado de saúde.

## **CAPITULO IV - METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

### **4.1 - Pergunta de Partida**

O objectivo principal deste trabalho foi determinar qual o impacto da implementação das USF na procura dos serviços de Urgência.

Assim a pergunta de partida foi:

**Qual é o impacto da implementação das USF na procura dos serviços de Urgência?**

### **4.2 – Formulação de hipóteses de investigação**

De acordo com Serrano (2004), investigar é um processo sistemático, organizado e objectivo, que tem como finalidade responder a questão que foi previamente colocada pelo investigador.

A Hipótese de Investigação do presente trabalho é:

Existe uma associação entre o número de USF e a variação da utilização das urgências hospitalares?

### **4.3 – As fases de investigação**

#### **4.3.1 – Recolha e Selecção**

##### **4.3.1.1 – Fontes de dados**

Para se observar a relação entre a utilização das urgências hospitalares e a implementação das USF foram utilizadas e construídas várias bases de dados.

Relativamente às USF foi construída uma base dados em suporte informático (Excell) na qual se consideraram todas as USF que iniciaram actividade entre 4 de Setembro de 2006 (início oficial) e 15 de Dezembro de 2008.

Para observar a utilização das urgências hospitalares foram utilizadas 4 bases de dados fornecidas pela ACSS relativas a todos os hospitais públicos de Portugal Continental e referente respectivamente aos anos de 2005, 2006, 2007 e 2008. Consideraram-se os dados a partir de 2005 para se poder comparar os valores antes e depois da implementação das USF. Para 2005 foram apenas considerados valores anuais de utilização de urgências

hospitalares e para os restantes anos foram considerados os valores de utilização discriminados por mês e por valência (Geral, Obstetrícia e Pediatria).

Posteriormente, na base de dados referentes aos Hospitais foi associada a USF ao respectivo Hospital de Referência para situações de urgência.

Para se determinar qual o Hospital de Referência para cada USF, consultou-se a Página do Ministério da Saúde designada Portal da Saúde e em caso de dúvida foram consultadas os sítios da internet das ARS respectivas. Contudo em muitas situações em que não se conseguia obter informação objectiva, contactou-se directamente as USF. Este contacto foi realizado por e-mail, questionando directamente o coordenador da USF ou quando tal não foi possível foi efectuado um contacto telefónico ( vide anexo III).

#### **4.3.2 – Critérios de selecção**

##### **4.3.2.1 – USF**

Das 151 USF que iniciaram actividade no período referido, foram eliminadas 6 que tinham como hospital de referencia para situações de urgência hospitalar o Hospital Dr. Fernando Fonseca e do qual não tivemos acesso a dados de utilização.

No final consideraram-se 145 USF sendo que 79 eram da região Norte, 19 da Região Centro, 39 de Lisboa e Vale do Tejo, 3 do Alentejo e 5 do Algarve.

Contudo algumas USF mais do que um Hospital de referência de acordo com as valências dos mesmos.

- Na Região do Centro as USF - Gandras (2008), Biosa, Cruz de Celas, Serra de Lousa, Marquês de Marialva (2007) foram consideradas duas vezes. Assim considerou-se o Centro Hospitalar de Coimbra (CHC) para as valências de Urgência de Pediatria e os Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) para as valências de Urgência Geral e Obstetrícia.
- Na Região Norte as USF Alfena (2006); S. João do Sobrado (2006) e Valongo (2006) foram consideradas para o Hospital de S. João para as situações de urgência de Obstetrícia e Pediatria e para as situações de Urgência Geral foi considerado o Hospital de N<sup>a</sup> Senhora de Valongo.

- As USF Alto da Maia (2008), Lidador (2007), Odisseia ( 2008), Pedras Rubras ( 2007), Saúde em Família (2008) foram consideradas para o Hospital de S. João para as urgências de Obstetrícia e Pediatria e no caso das Urgências Gerais foi considerada a Unidade local de saúde de Matosinhos.
- As USF Horizonte( 2008), Oceanos ( 2008), Viver Mais( 2008) tiveram como Hospital de Referencia para Pediatria o Hospital de S. João e para Urgências Gerais e de e Obstetrícia a ULS de Matosinhos.
- Na Região de Lisboa e Vale do Tejo a USF S. João da Talha ( 2008) foi considerada em situações de urgência Obstetrícia para a Maternidade Dr Alfredo da Costa , em situações de Pediatria para o Hospital D.Estefânia ( Centro Hospitalar Lisboa Central) e Hospital Curry Cabral para situações de Urgência Geral .

No final foram contabilizadas 163 USF, devido às duplas contagens de algumas USF, totalizando um valor superior ao inicial.

#### **4.3.2.2 – Hospitais**

As bases de dados referentes aos Hospitais, inicialmente eram constituídas por 62 Hospitais, tendo-se eliminado o Centro de medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais; Hospital Joaquim Urbano, Instituto Gama Pinto e os IPO de Lisboa, Porto e Coimbra por não apresentarem valores de utilização de urgências.

Na região Centro, o Hospital Dr. Francisco Zagalo, o Hospital José Luciano de Castro (Anadia), o Hospital Arcebispo João Crisóstomo (Cantanhede) e o Hospital Luciano de castro (Anadia), encerraram o serviço de urgências em 2008. Assim, como a estes hospitais não estava associada nenhuma USF, eliminaram-se estes Hospitais para que não pudessem influenciar os resultados.

Os utentes em situação de urgência do Hospital Dr. Francisco Zagalo passaram a ser encaminhados para o Hospital de S. Sebastião e os utentes do Hospital José Luciano de Castro para os Hospitais da Universidade de Coimbra e os utentes do Hospital Arcebispo João Crisóstomo para os Hospitais da Universidade de Coimbra ou para o Hospital da Figueira da Foz.

No final foram considerados 53 Hospitais: 4 no Alentejo; 2 no Algarve, 13 na Região Centro, 18 no Norte; e 18 na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Assim, a base de dados utilizada tem 53 observações.

#### **4.4- Desenho do Estudo**

De acordo com Graça, (2004) o presente estudo pode ser descrito da seguinte forma:

- Não – experimental – não houve manipulação da variável independente
- Descritivo Longitudinal - estende-se ao longo do tempo (neste caso entre 2005 e 2008)
- Retrospectivo – reporta a factos que já ocorreram (utilização das urgências e implementação das USF entre 2005 e 2008).

#### **4.5 – Limitações do estudo**

O estudo tem as seguintes limitações:

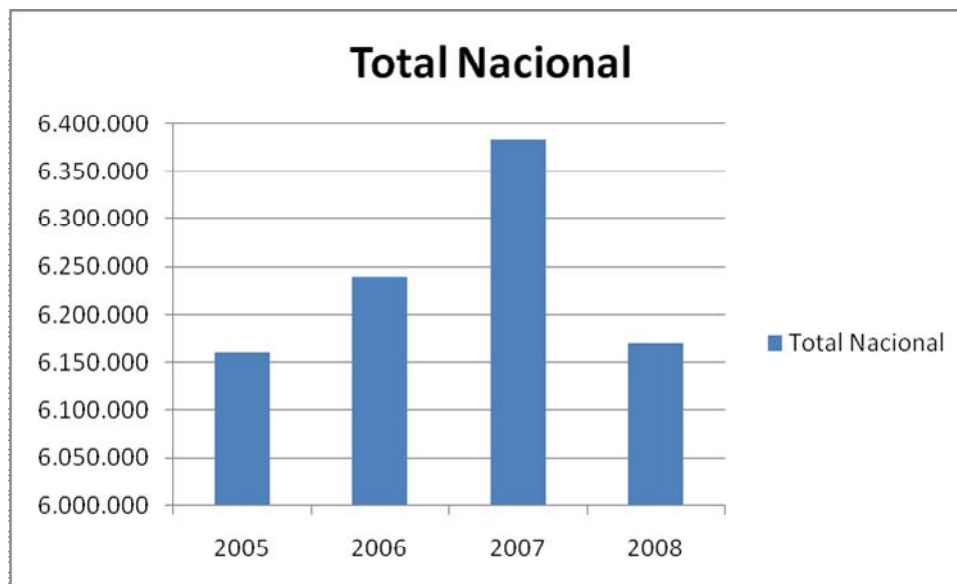
- Dos valores de utilização das urgências hospitalares não sabemos quais os que correspondem a uma utilização inadequada
- Não se teve acesso a dados agregados dos utentes que poderiam ter determinado a utilização das urgências, tais como diagnósticos de admissão, idade, sexo, etc., e que poderiam ter determinado a utilização das mesmas. Contudo, como apenas foram observados valores relativos a um pequeno período temporal (2005 a 2008) considera-se que a população manteve características idênticas.
- Não se considerou a freguesia de proveniência dos utentes que utilizaram determinado hospital, não sendo possível dessa forma associar o doente à respectiva USF.
- Não se consideraram outros factores que poderão ter influenciado a utilização das urgências Hospitalares, nomeadamente a criação da Linha Saúde 24, Encerramento de SAP, surtos sazonais de doenças, etc., que não foram considerados nas variações da utilização das urgências Hospitalares. Contudo, o presente estudo corresponde a uma primeira leitura sobre a relação entre o Hospital e USF ao nível agregado, podendo ser um indicador importante para futuros estudos.



## CAPITULO V – APRESENTAÇÃO RESULTADOS

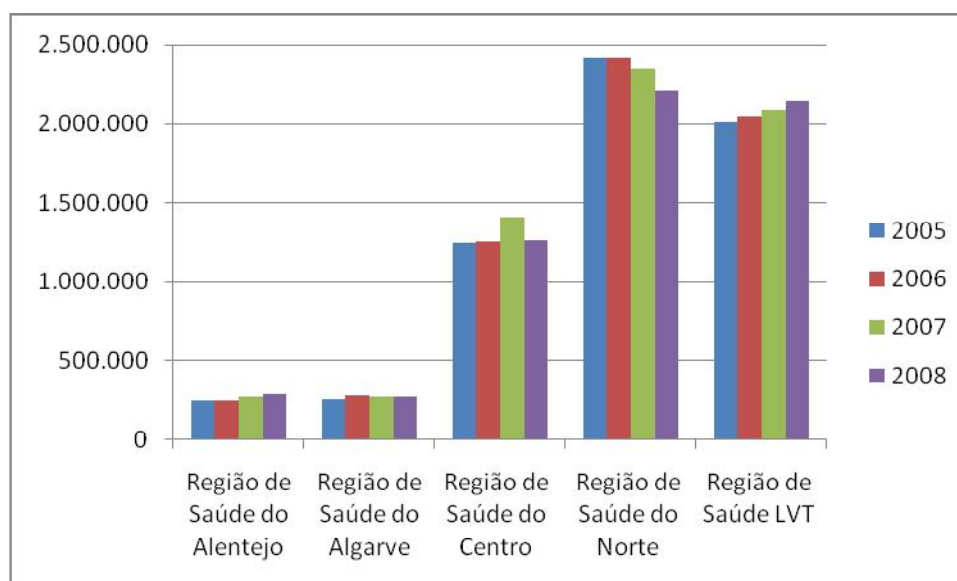
### 5.1 - Utilização das Urgências

**Gráfico 1 – Utilização das Urgências Hospitalares – Total Nacional (2005 – 2008)**



No gráfico 1 estão representados os valores nacionais de utilização das urgências Hospitalares por ano entre 2005 e 2008 . Verifica-se que houve um aumento gradual para todos os anos, à excepção de 2008 em que se verificou um decréscimo da utilização das urgências hospitalares ( valores detalhados no anexo IV).

**Gráfico 2 – Dados de Utilização das Urgências Hospitalares por Região por ano (2005-2008)**



Analisando os valores de utilização das urgências por região (Gráfico 2 ) , verifica-se que existem variações. Na tabela 1 são descritas , em pormenor, as variações percentuais de utilização das urgências hospitalares por região .

**Tabela 2 – Variação da Utilização das Urgências (2005 – 2008)**

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2005-2008
<b>Total Nacional</b>	1,29%	2,31%	-3,37%	0,14%
<b>Região do Alentejo</b>	1,34%	10,05%	5,13%	17,23%
<b>Região do Algarve</b>	9,47%	-4,24%	-0,73%	5,44%
<b>Região Centro</b>	1,22%	12,23%	-10,26%	1,93%
<b>Região Norte</b>	-0,10%	-2,83%	-5,85%	-8,61%
<b>Região LVT</b>	1,99%	2,09%	2,64%	6,86%

Assim, numa primeira análise, como já tinha sido demonstrado pelo gráfico 1, e considerando apenas os valores de utilização global, verificamos que o valor de utilização das urgências hospitalares entre 2005 e 2008 baixou 0,14 % para o total dos hospitais. A região Norte foi a que mais contribuiu para esta diminuição.

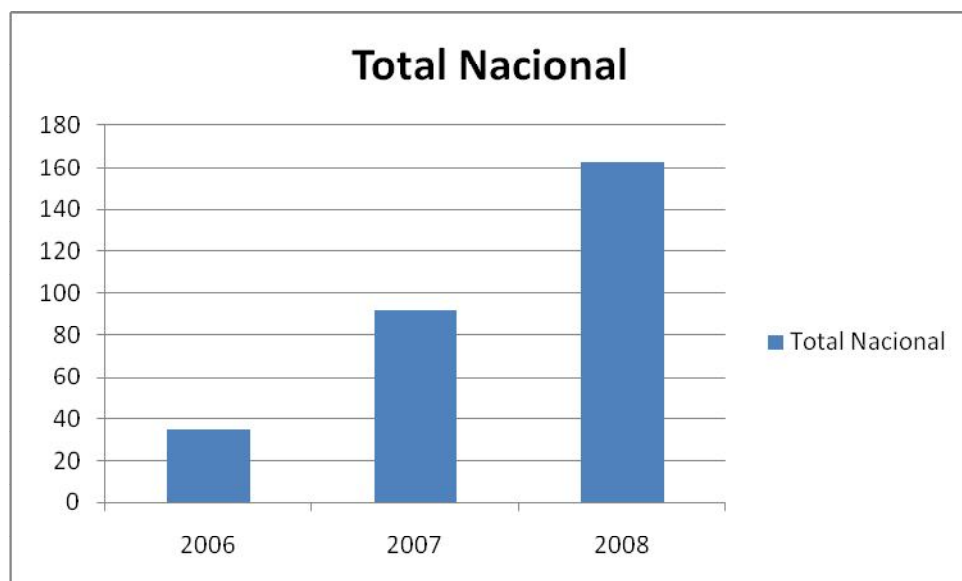
Verifica-se igualmente uma grande assimetria regional nos valores de variação de utilização obtidos entre 2005 e 2008.

De facto, quando se efectua uma análise por região, verifica-se que na região do Alentejo houve um aumento de 17,23% na utilização das urgências. No Algarve, Centro e Região de Lisboa e Vale do Tejo houve um aumento de 5,44% 1,93% e 6,86%, respectivamente. Apenas no Norte se observou uma diminuição de 8,61 %.

No entanto e considerando apenas a diferença de valores por ano entre 2005 e 2008 verifica-se que apenas na Região do Alentejo e Lisboa e Vale do Tejo, houve um aumento anual da utilização das urgências hospitalares.

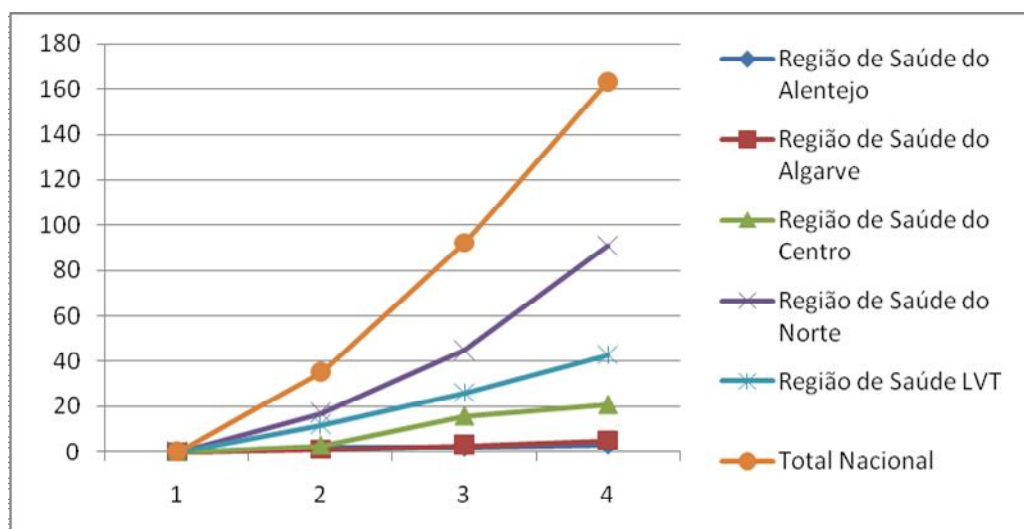
## 5.2 – Número de USF Implementadas

Gráfico 3 – Total de USF 2006 - 2008



Entre 2006 e 2008, o número de USF foi aumentando progressivamente, existindo em 2006, primeiro ano de implementação, 35 USF no país. Em 2007 o valor subiu para 92 (aumento de 165 %) e em 2008 o nº de USF era de 163 (aumento de 77%).

Gráfico 4 - Número de USF por Região e Total Nacional (2005- 2008)



Analisando o número de USF por região verifica-se que os valores são bastante díspares. No Norte observa-se uma grande adesão a este tipo de modelo organizacional, seguido da região de Lisboa e Vale do Tejo, enquanto nas regiões de Saúde do Alentejo e do Algarve esses valores foram muito baixos.

**Tabela 3 – Nº de USF por Região por ano (2006-2008)**

	2006	2007	2008
Região de Saúde do Alentejo	2	2	3
Região de Saúde do Algarve	1	3	5
Região de Saúde do Centro	3	16	21
Região de Saúde do Norte	17	45	91
Região de Saúde LVT	12	26	43
Total Nacional	35	92	163

Na tabela 3 encontram-se o nº de USF por ano e por região que descrevem os valores do gráfico 4 e demonstram as assimetrias regionais na adesão as USF.

### 5.3 - Nº de USF por Hospital

Utilizando a base de dados constituídas pelos 53 Hospitais, observou-se o nº de USF associadas a cada Hospital por ano.

**Tabela 4 - Nº de USF/ Hospital (2006)**

Nº de USF	Hospitais	Hospitais %
0	34	64,2%
1	13	24,5%
2	3	5,7%
≥ 3	3	5,7%
Total Hospitais	53	100%

Em 2006, verificou-se que 64,2% dos Hospitais não estavam associados a nenhuma USF e apenas 3 Hospitais (5,7%) tinham mais do que três USF.

**Tabela 5 - Nº de observações USF/ Hospitais (2007)**

<b>Nº de USF</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais %</b>
0	23	43,4%
1	10	18,9%
2	7	13,2%
≥ 3	13	24,5%
Total Hospitais	53	100%

Em 2007 o valor de Hospitais sem USF associadas desceu consideravelmente (43,4%) e existiam já 13 Hospitais com três ou mais USF.

**Tabela 6 – Nº de observações USF/ Hospitais ( 2008)**

<b>Nº de USF</b>	<b>Hospitais</b>	<b>Hospitais %</b>
0	14	26,4%
1	12	22,6%
2	7	13,2%
≥ 3	20	37,7%
Total Hospitais	53	100%

Em 2008, o nº de Hospitais com três ou mais USF era já percentualmente maior do que o nº de Hospitais sem USF associadas (37,7% para 26,4%).

#### **5.4 – Variação da Utilização das Urgências e Nº de USF**

Observou-se a variação percentual média das urgências hospitalares e o nº de USF por Hospital.

**Tabela 7 - Nº de USF e variação média da utilização das Urgências (2005- 2008)**

Nº de USF	Variação Média da Utilização das Urgências( %)	IC (95%)
0	- 0,347	(- 0,1491; 0,0798)
1	0,0004	(-0,1211;0,1219)
2	0,0525	(-0,0549; 0,1598)
≥3	0,0080	(-0,0501;0,0660)

A tabela 7 descreve a variação percentual média da utilização das urgências hospitalares e o nº de USF entre 2005 e 2008. Verifica-se que para os Hospitais que não tiveram USF associadas a variação percentual média foi negativa (IC – 95%), ou seja houve uma diminuição e para os restantes Hospitais registou-se um aumento percentual médio da utilização das urgências hospitalares, embora pequeno.

## 5. 5- Utilização das Urgências Hospitalares e nº de USF

Utilizando a base de dados por Hospital (53 Observações) calcularam-se as correlações entre o número de urgências hospitalares e o nº de USF implementadas. Utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman.

O Coeficiente de correlação de Spearman (rs) “mede o grau de associação entre duas variáveis ordinais ou de nível superior. Não é sensível a assimetrias nem a outliers e não exige a normalidade dos dados “. (Nunes e Afonso, pag. 57, 2005).

A tabela 8 representa a correlação entre o nº de USF em 2006 e a diferença percentual na utilização das urgências entre 2005 e 2006

**Tabela 8 - Correlação entre o nº de USF em 2006 e a variação percentual de utilização das urgências entre 2005 e 2006**

			TOT USF06	Dif%05/06
Spearman's rho	Dif %05/06	Coeficiente Correlação	,283*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,040	.
		N	53	53

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

		TOT USF06	Dif%05/06
Spearman's rho	Dif %05/06	,283*	1,000
	Coeficiente Correlação		
	Sig. (2-tailed)	,040	.
	N	53	53

Observa-se uma correlação positiva entre o nº de USF em 2006 e a variação de utilização da urgência entre 2005 e 2006 ( $p \leq 0,05$ ). Assim, nos Hospitais em que houve um maior nº de USF implementadas, registou-se um aumento percentual de utilização das urgências.

**Tabela 9 - Correlação entre o nº de USF em 2007 e a variação percentual de utilização das urgências entre 2006 e 2007**

		TOT USF07	Dif%06/07
Spearman's rho	Dif %06/07	,061	1,000
	Coeficiente Correlação		
	Sig. (2-tailed)	,662	.
	N	53	53

Verifica-se igualmente uma correlação positiva, embora sem significância estatística, entre a variação percentual do número de urgências hospitalares entre 2006 e 2007 e o nº de USF em 2007.

**Tabela 10 - Correlação entre o nº de USF em 2008 e a variação percentual de utilização das urgências entre 2005 e 2008**

		TOT USF08	Dif%05/08
Spearman's rho	Dif %05/08	,330*	1,000
	Coeficiente Correlação		
	Sig. (2-tailed)	,016	.
	N	53	53

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Quando se calcula a correlação entre a variação percentual do nº de urgências entre 2005 e 2008 e o nº de USF por Hospital, verifica-se igualmente uma associação positiva ( $p \leq 0,05$ ). Os Hospitais com maior nº de USF associadas entre 2005 e 2006, tiveram um aumento da utilização das urgências.

## CAPITULO VI – DISCUSSAO DE RESULTADOS

A utilização das urgências hospitalares aumentou progressivamente entre 2005 e 2007 e em 2008 registou-se uma diminuição de 3,13%.

Assim, observando os valores entre 2005 e 2008 a diminuição da utilização das urgências foi de 0,14%. O Norte foi a Região onde se registou uma maior diminuição das Urgências Hospitalares e o Alentejo a região que registou um maior aumento.

No total, o nº de USF aumentou exponencialmente entre 2005 e 2008, embora se observassem algumas assimetrias regionais. O Norte e a Região de Lisboa e Vale do Tejo, foram as áreas onde houve uma maior adesão a este modelo organizativo e o Alentejo e o Algarve as regiões com menor adesão.

O nº de USF associadas a cada Hospital entre 2005 e 2008 foi aumentando progressivamente. Em 2005, 64,2 % dos Hospitais não tinham nenhuma USF associada e em 2008 apenas 26,4% registavam esse valor. Considerando que se trata de um modelo de adesão voluntária significa uma vontade profissional em aderir a este modelo organizativo.

Associando a variação percentual média das urgências Hospitalares com o nº de USF associadas a cada Hospital, observou-se que nos Hospitais sem USF existiu uma diminuição dessa utilização e nos restantes houve um aumento da utilização média das urgências hospitalares. Utilizando o coeficiente de correlação de spearman para calcular as correlações entre a variação da utilização das urgências hospitalares e o nº de USF associadas verificou-se existir uma correlação positiva ( $p \leq 0,05$ ). Ou seja os Hospitais que verificaram um maior aumento de utilização das urgências hospitalares foram os que tiveram maior nº de USF associadas.

Estes resultados representam uma primeira análise da Reforma dos CSP e da implementação das USF. Contudo, as USF foram implementadas muito recentemente e o efeito na utilização das urgências Hospitalares poderá ainda não ser visível. Além disso os hospitais de maiores dimensões são os que tem o maior nº de USF associadas (vide anexo III) e o efeito “USF” poderá não ser tão expressivo, porque se tratam de Hospitais de fim de linha, recebendo principalmente utentes referenciados.

Por outro lado, e de acordo, com a revisão da literatura, associadas à utilização das urgências hospitalares estão também as preferências dos utentes e a qualidade percebida que determinam a utilização e não dependem do acesso ou da qualidade dos cuidados.

Uma primeira avaliação realizada pelo CEISU á satisfação dos utentes das USF verificou que os utentes se encontravam globalmente satisfeitos e comparativamente com os valores encontrados relativamente aos centros de saúde convencionais houve um aumento da



satisfação global. Além disso, os resultados em saúde como indicador do efeito da implementação das USF poderão estar melhorando sem que se reflita na utilização das urgências hospitalares.

Assim, os resultados obtidos indicam um aumento da utilização das urgências nos hospitais com um maior nº de USF associadas, correspondendo a uma análise inicial para novos desenvolvimentos.

## **6.1 - Desenvolvimentos Futuros**

O presente trabalho corresponde a uma primeira análise da Associação entre a implementação das USF e a Utilização das Urgências Hospitalares.

Como já foi referido, houve uma recolha de dados relativamente à implementação das USF e Hospital de Referência para situações de Urgência, tendo-se construído uma base de dados que associa a USF ao Hospital de referência, por mês e por valência, a partir da data de abertura da USF. Sugere-se, assim, numa análise posterior, trabalhar estes valores e verificar se os resultados se mantêm. O ano de 2009 poderá ser considerado, aumentando o espaço temporal de observação.

Poderão ser também considerados outros factores que influenciam a utilização das urgências e que permitirão resultados mais detalhados.

## **CAPITULO VII – SINTESE FINAL**

O objectivo do presente trabalho foi observar a variação da utilização das Urgências hospitalares e verificar qual o impacto da implementação das USF na procura dos serviços de Urgência.

A conclusão principal deste estudo é que não existe uma associação entre as USF implementadas e a diminuição das urgências hospitalares. De facto, embora as urgências tenham diminuído no valor global dos hospitais, a diminuição da utilização das urgências verificou-se em média em hospitais em que não foram implementadas USF e nos Hospitais com USF houve um aumento médio da utilização das urgências hospitalares.

Contudo, sugerem-se novos desenvolvimentos.

## BIBLIOGRAFIA

AFILALO, J. *et al.* – Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. **Academic Emergency Medicine**. 11 : 12 (Dec 2004) 1302-10.

AFONSO A., NUNES C.- Apontamentos de Introdução às Probabilidades e Estatística. Évora. Universidade de Évora, 2005.

AMERICAN COLLEGE OF AMERICAN PHYSICIANS – Definition of emergency medicine. [Em linha]. Dallas, Texas : American College of American Physicians. [Consult. 1 Mar. 2009]. Disponível em <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29164>

ANDERSEN, R. – Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal of Health and Social Behaviour**. 36 (Mar 1995) 1-10.

ATUN, R. - What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services? [Em linha]. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2004. (Health Evidence Network Report). [Consult. 23 Mar. 2005]. Disponível em <http://www.euro.who.int/document/e82997.pdf>.

BARROS, P.; SIMÕES, J. - Health systems in transition Portugal : health system review. **Health Systems in Transition**. 9 : 5 (2007) 1–140.

BENTES, M. *et al.* - Health care systems in transition : Portugal. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. WHO Regional Office for Europe, 2004.

BERNSTEIN, S. L., *et al.* – The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. **Academic Emergency Medicine**. 16 : 1 (Jan 2009) 1-10.

BISCAIA, A. *et al.* – Cuidados de saúde primários em Portugal : reformar para novos sucessos. 2ª ed. Lisboa : Padrões Culturais Editora, Junho 2008. Grande Prémio Astrazeneca 2005.

BLANK, F. S. *et al.* – A descriptive study of heavy emergency department users at an academic emergency department reveals heavy ED users have better access to care than average users. **Journal of Emergency Nursing**. 31: 2 (April 2005) 139-144.

BOUSHY, D.; DUBINSKY, I. – Primary care physician and patient factors that result in patients seeking emergency care in a hospital setting : the patient's perspective. **The Journal of Emergency Medicine**.17: 3 (1998) 405-412.

BRANCO, A.; RAMOS, V. – Cuidados de saúde primários em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 5-12.

BYRNE, M. *et al* - Frequent attenders to an emergency department : a study of primary health care use, medical profile, and psychosocial characteristics. **Annals of Emergency Medicine**. 41 : 3 (March 2003). 309-318.

CAMPOS, A. C. - Reformas da saúde : o fio condutor. Coimbra : Almedina, 2008.

CARRET, M.; FASSA, A. ; DOMINGUES, M. – Inappropriate use of emergency services : a systematic review of prevalence and associated factors. **Cadernos de Saúde Pública**. 25: (Jan 2009) 7-28.

CARRET, M.; FASSA, A.; KAWACHI, I. - Demand for emergency health service : factors associated with inappropriate use. **BMC Health Services Research**. 7 : 131 (2007) 1-9.

CORREIA, C. *et al*. - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 75-82.

DE SALVO, *et al*. - Patient education and emergency room visits. **Clinical Performance and Quality Health Care**. 8 : 1 (2000) 35 – 37.

DECRETO-LEI n.º 157/99. D. R. Iª Série – A. 108 (99-05-10) 2424-2435 - Estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI n.º 23/2006. D.R. Iª Serie A. 24 (06-02-02) 788-789 - Procede à segunda alteração ao decreto-lei n.º 117/98 de 5 de Maio, prorrogando por seis meses o período de vigência do regime remuneratório experimental para os médicos de clínica geral que exerçam funções nos centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 28/2008. D.R. Iª Série 38 (08-02-22) 1182-1189 - Estabelece o regime de criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.

DECRETO-LEI n.º 298/2007. D.R. Iª Série. 161 (07-08-22) 5587- 5596- Estabelece o regime jurídico da organização e do funcionamento das unidades de saúde familiar (USF) e

o regime de incentivos a atribuir a todos os elementos que as constituem, bem como a remuneração a atribuir aos elementos que integrem as USF de modelo B.

DECRETO-LEI n.º 310/82. D. R. Iª Série.177 (82-08-03) 2283-2297 – Regula as Carreiras Médicas.

DECRETO-LEI n.º 73/90. D.R. Iª Série. 54 (90-03-06) 958-970 - Aprova o Regime das Carreiras Médicas.

DECRETO-LEI n.º 88/2005. D. R. Iª Série – A.107 (05-06-03) 3606 - Revoga o decreto-lei n.º 60/2003 de 1 de Abril, que cria a rede de cuidados de saúde primários e repristina o decreto-lei n.º 157/99 de 10 de Maio, que estabelece o regime de criação, organização e funcionamento dos centros de saúde.

DECRETO-LEI Nº 413/71. D.R. I Série – A. 228 (71-09-27) - Promulga a Organização do Ministério da Saúde e Assistência e revoga determinadas disposições legislativas.

DESPACHO n.º 10942/2005. D.R. IIª Série. 94 (05-05-16) 7549 - Nomeia os elementos que constituem o grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários.

DESPACHO n.º 17736/2006. D.R. IIª Série. 168 (06-08-31) 17179 – 17180 - Cria a comissão técnica de apoio ao processo de requalificação da rede de urgência geral.

DESPACHO n.º 18 459/2006. D.R. IIª Série 176 (06-09-12) 18611-18612 – Define as características da Rede de Serviços de urgência, bem como os níveis de resposta que a integram.

DESPACHO n.º 24101/2007. D.R. IIª Série 203 (07-10-22) 30419 – Aprova a lista de critérios e a metodologia que permitem classificar as unidades de saúde familiar em três modelos de desenvolvimento, A., B e C.

DESPACHO nº 5414/2008. D.R. IIª Série 42 (08-02- 28) 8083-8085 - Define e classifica os serviços de urgência que constituem os pontos da rede de referência urgência/emergência.

DESPACHO nº. 727/2007. D.R. IIª Série 10 (07-01-15) - Actualiza a rede de serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde. 1123- 1124.

DESPACHO NORMATIVO n.º 11/2002. D.R. Iª Série. 55 (02-03-06) 1865-1866 - Cria o Serviço de Urgência Hospitalar.

DESPACHO NORMATIVO n.º 9/2006. D.R. Iª Serie B. 34 (06-02-16). 1256- 1258 - Aprova o Regulamento para Lançamento e Implementação das Unidades de Saúde Familiar.

DESPACHO NORMATIVO n.º 97/83. D.R. Iª. Série 93 (83-04-22) - Aprova o Regulamento dos Centros de Saúde.

FERREIRA, P.; ANTUNES, P. - Monitorização da satisfação dos profissionais das USF : sondagem às primeiras 143 USF. [Em linha] Coimbra: Centro de Estudos e Investigação, 2009. [Consult. 13 Jun de 2009]. Disponível em [http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF\\_Prof/USF\\_Prof\\_Rel.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Prof/USF_Prof_Rel.pdf).

FERREIRA, P.; ANTUNES, P. - Monitorização da satisfação dos utilizadores das USF : sondagem às primeiras 146 USF. [Em linha]. Coimbra : Centro de Estudos e Investigação, 2009. [Consult. 13 Jun de 2009]. Disponível em [http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF\\_Util\\_Rel.pdf](http://www.uc.pt/org/ceisuc/Documentos/USF_Util_Rel.pdf).

GILL J, REESE C., DIAMOND J. - Disagreement among health care professionals about the urgent care needs of emergency department patients. **Annals of Emergency Medicine**. 28 (1996). 474-9.

GILL, J.; MAINOUS III, A.; NSEREKO, M. – The effect of continuity of care on emergency department use. **Archives of Family Medicine**. 9 (April 2000) 333-338.

GOUVEIA, M. *et al.* - Análise dos custos dos Centros de Saúde e do regime remuneratório experimental. [Em linha]. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2006. [Consult. 27 Fev de 2009]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4B0B71BD-1620-4168-BB98-60134AB16A49/0/RelatórioAPESRRE.pdf>.

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de Investigação. Textos T 834 ( 2004) – texto distribuído no módulo de Desenho de Projectos de Investigação.

HANSAGI, H., *et al.* - Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. **Annals of Emergency Medicine**. 37 (2001) 561-567.

KOZIOL-MCLAIN, J. *et al.* – Seeking care for nonurgent medical conditions in the emergency department : through the eyes of the patient. **Journal of Emergency Nursing**. 26 : 6 (2000) 554-563.

LOURENÇO, O.; FERREIRA, P. - Utilization of public health centres in Portugal : effect of time costs and other determinants : finite mixture models applied to truncated samples. **Health Economics**. 14 ( 2005) 939-953.

MCCUSKER, J. - Determinants of emergency department visits by older adults : a systematic review. **Academic Emergency Medicine**. 10 : 12 ( Dec. 2003) 1362-1370.

OECD - How does Portugal compare. In OECD – OECD Health Data 2008. [Em linha]. Paris: OECD, 2009. [Consult. 14 Janeiro 2009]. Disponível em <http://www.oecd.org/dataoecd/43/2/40905146.pdf>.

OLIVEIRA, A. – Hiper Utilizadores e Urgência. **Acta Médica Portuguesa**. 21 ( 2008) 553-558.

OLIVEIRA, O.; PINTO, C; - Health care reform in Portugal : an evaluation of the NHS experience. **Health Economics**.14 (2005) 203-220.

OLSSON, M.; HANSAGI, H. – Repeated use of the emergency department : qualitative study of the patient`s perspective. **Emergency Medical Journal**. 18: 11 (May 2001) 430-434.

PEREIRA, S. *et al.* - Appropriateness of emergency department visits in a Portuguese university hospital. **The American College of Emergency Physicians**. 37 : 6 (June 2001) 580-586.

PISCO, L. – A reforma dos cuidados de saúde primários : Missão para os Cuidados de Saúde Primários : reforma dos cuidados de saúde primários : os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 4-5.

PORTARIA n.º 301/2008. D.R. Iª Serie 77 (07-04-18). 2278-2281 - Regula os critérios e condições para a atribuição de incentivos institucionais e financeiros às unidades de saúde familiar (USF) e aos profissionais que as integram, com fundamento em melhorias de produtividade, eficiência, efectividade e qualidade dos cuidados prestados.

PORTARIA n.º 1368/2007. D.R. Iª Serie 201 ( 07-10-18).7655-7659 - Aprova a carteira básica de serviços e os princípios da carteira adicional de serviços das unidades de saúde familiar (USF).

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE - Unidades Básicas de Urgência (UBU). [Em linha]. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2001. [Consult. 1 de Março de 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE – Regime remuneratório experimental dos médicos de clínica geral (RRE) : relatório da Comissão de

Acompanhamento e Avaliação. [Em linha]. Lisboa : Direcção de Serviços de Prestação de Cuidados de Saúde. Direcção Geral da Saúde, 2004. [Consult. 1 de Março de 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GABINETE DO MINISTRO - Nota : Encerramento de SAP no período nocturno e seu eventual impacto nas urgências hospitalares. [Em linha]. Lisboa: Gabinete do Ministro. [Consult. 30 Maio 2009]. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/99117B82-573C-4F7B-B555-F0EA1F35AF4E/0/ImpactoEncerramentoSAPNocturno.pdf>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO CONSULTIVO PARA A REFORMA DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – SNS proximidade com qualidade: um acontecimento extraordinário, 2009. [Em linha]. [Consult. 5 Maio 2009]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/7BC7CBA8-CAFB-4BA0-8CEE-D214AF7316A5/0/RelatorioCSPFev2009FECHADOx300dpi.pdf>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – 26 Candidaturas nas primeiras 24 horas! Missão para os Cuidados de Saúde Primários: reforma dos cuidados de saúde primários: os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 24-25.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – A Missão para os CSP: Missão para os Cuidados de Saúde Primários : reforma dos cuidados de saúde primários: os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 14-15.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – ACES. [Em linha]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009. [Consult. 1 Junho 2009]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=28>.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – As Primeiras Inaugurações!: Missão para os Cuidados de Saúde Primários: reforma dos cuidados de saúde primários : os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 30-31.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – Carteiras básica e adicional de Serviços : Missão para os Cuidados de Saúde Primários: reforma dos cuidados de saúde primários : os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 34-35.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP - USF em actividade. [Em linha]. Lisboa : Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2009. [Consult. 1 Jun. 2009]. Disponível em <http://www.mcsp.min-saude.pt/engine.php?cat=32>.



PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MCSP – USF geram poupanças : Missão para os Cuidados de Saúde Primários : Reforma dos Cuidados de Saúde Primários : Os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 43-44.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MISSÃO PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS – Linhas de Acção Prioritária para o desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários. [Em linha] Lisboa : Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2006 . [Consult. 26 Março de 2009]. Disponível em [http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page\\_46/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf](http://mcsp.lvengine.com/lmgs/content/page_46/Linhas%20de%20Accao%20Prioritaria.pdf).

PORTUGAL. OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Sistema de saúde português : 10/30 anos : razões para continuar : relatório de Primavera 2009. [Em linha]. Coimbra : Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2009. [Consult. 3 de Julho de 2009]. Disponível em [http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/e5c4xohmv7i52kcoy75yxfjr3auvc7gw63su5grduaccbzifbzixonsugyrxqmmuwdhw3pgef7q6xi/RelatorioPrimavera2009\\_OPSS.pdf](http://www.observaport.org/NR/rdonlyres/e5c4xohmv7i52kcoy75yxfjr3auvc7gw63su5grduaccbzifbzixonsugyrxqmmuwdhw3pgef7q6xi/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf).

PORTUGAL. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS - Programa do XVII Governo Constitucional 2005-2009. [Em linha]. Lisboa : Presidência do Conselho de Ministros. [Consult. 30 Abril de 2009]. Disponível em [http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos\\_Documentos/Programa%20Governo%20XVII.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governos_Documentos/Programa%20Governo%20XVII.pdf).

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO TÉCNICA DE APOIO AO PROCESSO DE REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS - Proposta da Rede de Serviços de Urgências. [Em linha]. Lisboa : Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, 2006. [Consult. 1 de Março de 2009]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4266FE6B-D3A8-431A-9BAF-F657C0ACF233/0/Requalificacaodarededeurgencias.pdf>.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. COMISSÃO TÉCNICA DE APOIO AO PROCESSO DE REQUALIFICAÇÃO DAS URGÊNCIAS - Proposta da Rede de Serviços de Urgências : relatório final. [Em linha]. Lisboa : Comissão Técnica de Apoio ao Processo de Requalificação das Urgências, 2006. [Consult. 1 de Março de 2009]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/ED3FB0EC-45B7-4C27-AB7E-04DB36B21D5D/0/PropostaFinalComissao.pdf>.

PORTUGAL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE. DIRECÇÃO DE SERVIÇOS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PLANEAMENTO - Rede de Referênciação

Hospitalar de Urgência/Emergência. [Em linha]. Lisboa : Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção-Geral da Saúde, 2001. [Consult. 1 de Março de 2009]. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005661.pdf>.

PORTUGAL.OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Sistema de saúde português : riscos e incertezas : relatório da Primavera 2008. [Em linha]. Coimbra : Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, 2008. [Consult. 25 de Março de 2008 ]. Disponível em <http://www4.fe.uc.pt/opss/>.

PUIG-JUNOY, J.; SAEZ, M.; MARTÍNÍNEZ-GARCIA, E. – Why do patients prefer hospital emergency visits? A nested multinomial logit analysis for patient-initiated contacts. **Health Care Management Science**. 1 : 1 (June 1998) 39-52.

RAMOS, V. – Os cuidados de saúde primários em Portugal : contextualização histórica. Missão para os Cuidados de Saúde Primários : reforma dos cuidados de saúde primários. os primeiros 18 meses. **Revista MCSP**. (Maio 2007) 6-11.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 157 /2005. D.R. Iª Série. 196 (05-10-12) 5981- 5982 - Determina a criação de uma estrutura de missão para a reforma dos cuidados de saúde primários.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 86/2005. D.R. Iª Série B. 81 (05-04-27) 3202- 3203 - Cria um grupo técnico para a reforma dos cuidados de saúde primários.

RUST, G. *et al.* – Practical barriers to timely primary care access. **Archives of Internal Medicine**. 168 : 15 (11 Aug. 2008) 1705-1710.

SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry Potter : um testemunho pessoal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 101-108.

SAKELLARIDES, C. – De Alma a Harry. Coimbra : Almedina, 2006.

SERRANO, P. – Redacção e Apresentação de Trabalhos Científicos: fundamentos, técnicas e noções práticas sobre a redacção de trabalhos em medicina e ciências da saúde. Lisboa: Relógio d' Água Editores, 1996.

SCHOEN, C., *et al.* - Toward higher-performance health systems: adults' health care experiences in seven countries, 2007. **Health Affairs**. 26 : 6 (2007) 717-734.

SIMÕES, J. – Retrato político da saúde : dependência do percurso e inovação em saúde : da ideologia ao desempenho. Coimbra : Almedina, 2005.

SOUSA, J. *et al.* – Os cuidados de saúde primários e a medicina geral e familiar em Portugal. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 2 (2001) 63-74.

STARFIELD, B. – Is primary care essential? **The Lancet**. 344 : 22 (Oct. 1994) 1129-1133.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. – Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**. 83 : 3 (2005) 457-502.

WEBER, E. *et al* – Does Lack of a Usual Source of Care or Health Insurance Increase the Likelihood of an Emergency Department Visit? Results of a National Population-Based Study. **Annals of Emergency Medicine**. 45 ( Jan 2005) 4-12.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – Declaration of Alma-Ata : International Conference of Primary Health Care. [Em linha]. Geneva : The World Health Organization, 1978. [Consult. 27 Fev. 2009]. Disponível em [http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf).

WORLD HEALTH ORGANIZATION - International Conference dedicated to the 30th Anniversary of the Alma-Ata Declaration on Primary Health Care. [Em linha] Geneva : The World Health Organization, 2009. [Consult. 27 Fev. 2009]. Disponível em [http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma\\_ata/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/alma_ata/en/index.html).

WORLD HEALTH ORGANIZATION – The World Health Report 2008 : primary health care : now more than ever. [Em linha]. Geneva : The World Health Organization, 2009. [Consult. 27 Fev. 2009]. Disponível em [www.who.int/whr/2008/en/](http://www.who.int/whr/2008/en/)